



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“LINEAMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA
DEPRESIÓN FEMENINA MEDIANTE LA TERAPIA
COGNITIVA DE BECK”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
XOCHITL SELENE CABALLERO MOSQUEDA**

Directora: Dra. **María Antonieta Dorantes Gómez**
Dictaminadores: Mtra. **Margarita Martínez Rivera**
Mtro. **Jorge Guerra García**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Marzo 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

GRACIAS Por acompañarme y darme con su infinito amor la fortaleza que necesité en los momentos difíciles, para el logro de algo tan anhelado.

A mis padres:

GRACIAS Por darme la vida, su amor incondicional y sus enseñanzas.

A mi esposo, Ángel:

GRACIAS Por tu compañía, por tu amor, y sobre todo, por tu gran apoyo y comprensión.

A mis hijas Ivanni y Karla:

GRACIAS Por ser lo que más amo en la vida, y porque con su cariño y su ternura me motivan a seguir adelante.

A mi numerosa familia:

GRACIAS Por ser ese refugio dónde me siento querida y protegida, dónde puedo ser yo, simple y sencillamente.

A Toñita Dorantes:

GRACIAS Por ser ese maravilloso ángel que con su inmensa luz iluminó mi camino; por compartirme su extraordinaria esencia y su gran sabiduría. Por creer en mí, por escucharme, por guiarme e impulsarme a seguir adelante a pesar de las adversidades.

A Margarita Martínez y Jorge Guerra:

GRACIAS Por apoyarme con sus valiosos conocimientos y darme su apreciable e invaluable tiempo.

A Juanita, Angélica y Sarai:

GRACIAS Por compartir conmigo las penas y las alegrías. Por su amistad, por su confianza, y por su compañía a lo largo de la carrera.

A todos mis compañeros:

GRACIAS Por brindarme su calidez y afecto, ya que esto fue un factor decisivo para mi permanencia en esta Institución.

A todos y cada uno de mis profesores:

GRACIAS Por que en cada clase me dieron un poco de su alma, ya que sus enseñanzas fueron más allá de lo académico, convirtiéndose en preceptos de vida.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN	14
1.1 Concepto y Síntomas de la Depresión	14
1.2 Causas de la Depresión	18
1.3 Prevalencia de la Depresión en las Mujeres y su relación con las Demandas Sociales	25
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO	30
2.1 Perspectiva de Género	31
2.2 Concepto de la Doble Jornada	35
2.3 Cambios en la Condición de la Mujer en la Sociedad Contemporánea	39
2.4 Consecuencias Psicológicas para la Mujer que labora Doble Jornada	42
CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN	48
3.1 Principios Teóricos	49
3.2 Conceptos Básicos	52
3.3 Técnicas de Intervención	55
CAPÍTULO 4. LINEAMIENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN	59
4.1 Características de la Terapia Cognitiva	60
4.2 Elementos de la Terapia Cognitiva de Beck	61
4.3 Procedimiento	63
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	72

RESUMEN

El objetivo de esta tesina es fundamentar teórica y metodológicamente la aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck como una buena alternativa de tratamiento en los casos de Depresión en mujeres que trabajan Doble Jornada.

Por lo que se documenta inicialmente el tema de la depresión, abordando los síntomas, las causas y los índices de prevalencia, relacionándolos con los cambios que históricamente se han ido presentando, en cuanto a las demandas sociales hacia las mujeres.

Posteriormente, se abordan desde la Perspectiva de Género, los cambios en la sociedad contemporánea en cuanto a los roles de género, así como la aparición de lo que hoy se conoce como la doble jornada, y de cómo ésta, al implicar doble esfuerzo, pero sin reconocimiento, trae consecuencias psicológicas como estrés, angustia, frustración, sensación de fracaso y en algunos casos depresión en las mujeres. Pues aún cuando los hombres poco a poco se han involucrado en las labores domésticas, todavía sigue recayendo la responsabilidad en el sector femenino, dado que no se ha logrado la equidad en cuanto a la distribución del trabajo.

Por último, al sustentar teórica y metodológicamente la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión, se confirma que ésta constituye una adecuada alternativa de tratamiento, dado que se enfoca principalmente a un cambio de creencias, lo cuál permite ofrecer a las mujeres un panorama más alentador, para que valoren en su justa medida su desempeño y sus capacidades y que de esta manera aprendan a reconocer a la doble jornada no sólo como una pesada carga, sino como una fuente de satisfacción económica, una oportunidad de independencia, y sobre todo como vía de crecimiento y realización personal.

INTRODUCCIÓN

*El trabajo ayuda siempre, puesto que
trabajar
no es realizar lo que uno imaginaba,
sino descubrir lo que uno tiene
dentro.*

Boris Leonídovich Pasternak

La Depresión en la actualidad es mundialmente reconocida como uno de los problemas más importantes de salud mental debido a los altos índices de incidencia. Esto se puede afirmar en base al Estudio de la Carga Global de la Enfermedad realizado por la Escuela de Salud Pública de Harvard, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, quienes aseguran que en algún momento de la vida, uno de cada cuatro individuos sufrirá por lo menos un episodio de depresión, aunque en muchos casos no reconocen su enfermedad o no les es adecuadamente diagnosticada. También reconocen que la depresión es la cuarta causa de incapacidad y muerte prematura y predicen que para el año 2020, esta enfermedad podría ocupar el segundo lugar de las amenazas severas para la salud, después únicamente de la enfermedad cardíaca (Kramlinger, 2001).

Para definir la depresión según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, se debe empezar, por aclarar que los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana que no se deben diagnosticar como episodio depresivo mayor, a no ser que se cumpla la característica esencial de dicho trastorno que consiste en un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que antes se disfrutaban. El individuo debe experimentar también al menos cuatro de los síntomas de una lista que incluye cambio de apetito o peso; del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Estos síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, y como se mencionó anteriormente, durante al menos dos semanas consecutivas.

Además debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad. Aunque cabe mencionar que en algunas personas con episodios leves de depresión la actividad puede parecer normal, pero esto requiere de un gran esfuerzo, pues no se cuenta con la suficiente energía para llevar a cabo las actividades cotidianas aún más leves como bañarse, vestirse, etc. (López-Ibor, 2002).

Ahondando un poco más en cuanto a los síntomas de la depresión, Kramlinger (2001) y López-Ibor (2002) coinciden en que el estado de ánimo, frecuentemente es descrito por el mismo individuo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, inútil y sin esperanza “como en un pozo”. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero el individuo se ve a punto de llorar y en ocasiones presenta crisis de llanto. Otros dicen no sentir emoción alguna, se sienten aburridos, nada les llama la atención, las actividades que les resultaban agradables ya no les proporcionan placer. También pueden presentar irritabilidad y fastidio pronunciado, ira persistente y sentimientos de frustración por cosas sin importancia. Mucha gente con depresión se llega a sentir culpable o despreciable y su autoestima y su autoconfianza se desploman.

En lo que se refiere al aspecto cognoscitivo, los individuos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de estar distraídos; se quejan de falta de memoria; y pueden tener dificultad para tomar decisiones incluso relativamente simples como decidir que ropa usar o que alimentos preparar, ya que les suelen parecer complicadas y les requieren mucho tiempo lo que les dificulta hacer las cosas cotidianas.

En lo físico se pueden ver afectadas muchas áreas, comúnmente el apetito disminuye, pero otros tienen más apetito, mostrando preferencia por algunos alimentos dulces o con hidratos de carbono, esas alteraciones del comer conllevan una pérdida o ganancia significativa de peso. También pueden presentarse alteraciones en el sueño, lo más común es el insomnio en sus tres variantes, inicial (problemas para conciliar el sueño); medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse); y el tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). Aunque menos frecuente, también

puede haber hipersomnias, es decir, exceso de sueño. Cabe señalar que este aspecto es importante porque a veces el trastorno de sueño es la razón por la que el individuo acude en busca de tratamiento. La gente con depresión se siente a menudo cansada, lenta y agotada; es habitual la falta de energía y la fatiga persistente aún sin hacer ejercicio físico y el más mínimo trabajo parece requerir un gran esfuerzo. El impulso sexual puede disminuir o desaparecer. Algunas personas enfatizan sus quejas somáticas tales como molestias y dolores físicos, de cabeza, de espalda, abdominales, o dolencias múltiples sin una explicación médica.

Cuando hay depresión también se manifiestan cambios en el comportamiento que van desde los cambios psicomotores que incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentado, dar paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún otro objeto) o por el contrario, enlentecimiento (de los movimientos corporales y del lenguaje, con bajo volumen de voz). El individuo suele retirarse de la gente (aislamiento social) prefiriendo quedarse en casa, y los conflictos con su cónyuge o con otros familiares pueden hacerse más frecuentes. Su aspecto también se ve afectado ya que comúnmente descuida su higiene y su arreglo personal.

Kramlinger (2001) dice que todavía no se saben las causas precisas de la depresión pero sí se han identificado varios factores de riesgo y en la mayoría de los casos esta enfermedad es resultado no de un solo factor, sino de una combinación de factores como la historia familiar; la genética; las situaciones estresantes (las pérdidas, las dificultades en la relación de pareja, los eventos importantes de la vida, la carga de trabajo); las experiencias pasadas (abuso en la infancia, estrés postraumático, crecer con un alcoholico); la dependencia química; el consumo de algunos medicamentos; otras enfermedades (hormonales, cardíacas, cerebrales, cáncer, alzheimer, parkinson, dolor crónico); los aspectos psicológicos (personalidad pesimista, impotencia aprendida); otras enfermedades mentales (trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, trastorno corporal dismórfico, trastorno de personalidad limítrofe), y el aspecto biológico (descompensación de algunos neurotransmisores).

Debido a que en esta investigación el principal interés es la depresión en la mujer, se hace énfasis en los factores que interactúan para aumentar el riesgo en ellas de desarrollar ese trastorno: factores biológicos, que pueden incluir factores genéticos y cambios en el estado de ánimo asociados a la producción de hormonas sexuales femeninas; factores sociales y culturales, pues las mujeres tienen mayor probabilidad de cargar con las responsabilidades tanto del trabajo como de la familia, también tienen mayor probabilidad que los hombres de padecer pobreza, de ser madres solteras y de tener historia de abuso sexual o físico; y por último, los factores psicológicos, las mujeres y los hombres pueden manejar el estrés y las emociones de manera diferente ya que las mujeres tienden más a preocuparse que a ocuparse de sus problemas (Kramlinger, 2001).

En América Latina, al comienzo de este milenio, muchas mujeres asumen el rol de madre trabajadora por necesidad, como consecuencia de ocupar el papel de jefas del hogar. Esto debido a múltiples razones, entre ellas: ser mujeres viudas, madres solteras o divorciadas, o familias donde el varón se encuentra desempleado. Resulta evidente que en el contexto actual, la mujer debe llevar adelante varios roles simultáneamente, estos se pueden sintetizar en cinco: laboral, conyugal, maternal, como administradora del hogar y el íntimo rol de ser mujer. La armonización de las diferentes funciones es una labor diaria y personal, y no es tarea fácil pues no hay recetas para lograrlo. Para tener éxito en todas las áreas, lo ideal es contar con la capacidad para lograr un equilibrio y no descuidar los distintos roles; además de tener un entorno facilitador con la colaboración del esposo, hijos u otros familiares. Pero sabemos que esto en muy pocos casos es posible, debido a que la familia se ha ido transformando y no siempre se cuenta con el cónyuge, y en el caso de haberlo, culturalmente no han habido los cambios suficientes para lograr un equilibrio debido a que todavía no se alcanza la equidad de género. Esto lleva a la mujer a verse en la necesidad de cumplir con una Doble Jornada (Alles, 2005).

La Doble Jornada, significa que la mujer además de cumplir con las tareas domésticas salga del hogar a desempeñar un trabajo extradoméstico y remunerado. Entiéndase por trabajo extradoméstico al conjunto de actividades que permiten la obtención de recursos monetarios mediante la participación en la

producción o comercialización de bienes y servicios para el mercado. Por su parte, el trabajo doméstico comprende las actividades requeridas para el mantenimiento cotidiano de las familias y la crianza de los niños sin reconocimiento y sin remuneración alguna (García y De Oliveira, 1994; Alles, 2005; Guadarrama y Torres, 2007).

Debido a la repercusión que el trabajo femenino ha tenido para la modificación estructural de la familia, la cultura y la sociedad, en esta investigación se aborda como punto esencial, puesto que en la actualidad la mujer se desempeña cada vez más en el ámbito laboral para afrontar la dinámica de constante cambio y globalización que hoy en día prevalece en lo empresarial, comunitario e institucional. Pero no siempre fue así, pues durante mucho tiempo se mantuvo que socialmente la estructura simbólica de la cultura asigna los roles a los géneros definiendo los patrones con los cuales han de cumplir tanto hombres como mujeres. Según la teoría de género, la identidad crea una expectativa que permite construir la autopercepción que hombres y mujeres tienen respecto a su género, "aprenden" la condición social que les corresponde y la condición del género opuesto, a partir de esto se forjan también expectativas para interactuar con unos y con otros.

De esta manera, la sociedad patriarcal supone que las características y las habilidades son atribuciones biológicas que la naturaleza otorga a los dos géneros; empezando por la diferencia sexual y va más allá, atribuyéndole a la misma naturaleza la diferenciación para adaptarse, en el caso de la mujer al espacio privado y al hombre al espacio público; de esta manera la sensibilidad y el ser para los otros, corresponde a la mujer; y al hombre, la capacidad proveedora y el don de mando. Es por esto que la identidad femenina cifra sus características de género a partir de la fragilidad, mientras la identidad masculina lo hace a partir del poder. Pero los cambios económicos, políticos y socio-culturales que vive México en su tránsito a la modernidad coadyuvan al replanteamiento de principios, normas, valores y representaciones tradicionales en las relaciones entre los géneros, así, culturalmente lo masculino y lo femenino se mezclan, perdiendo sus características diferenciadas de antes. Cabe mencionar que es a partir de esos cambios que surgen nuevas conductas masculinas que

acceden ante el desarrollo de la mujer, y es por esto que actualmente ya puede ingresar a la educación profesional e insertarse en un empleo remunerado (Montesinos, 2002).

La demanda de fuerza de trabajo en todos los sectores de la economía a partir de la crisis de 1929 permitió que la mujer se incorporara poco a poco al mercado laboral. Inicialmente los trabajos de las mujeres eran considerados de segunda y consistían en trabajo doméstico, de oficina, el comercio y la educación. Latinoamérica se vio en la necesidad de modernizar sus estructuras económicas, políticas e ideológicas, para tener la posibilidad de incorporarse, aunque tarde, al capitalismo y al avance industrial de los países desarrollados; Gradualmente ha ido incursionando en otras actividades laborales que tradicionalmente se consideraban masculinas, pero resulta importante señalar que aún cuando se acepta su participación en estas áreas, todavía le es adverso, dado que el trabajo remunerado de la mujer no es valorado por las empresas, tanto públicas como privadas, al mismo nivel que el trabajo masculino, recibiendo menores ingresos que los hombres por la misma actividad desempeñada. Otro aspecto importante son los cambios en las pautas reproductivas, pues es a partir de ellas que se crearon condiciones más favorables para el trabajo femenino, por los cambios en la dinámica familiar y en la posición de la mujer. Gracias a la aceptación de los métodos anticonceptivos a partir de la década de los 60`s, la tasa global de fecundidad pasó de un aproximado de 6.3 hijos en los 70`s a un 3.8 en los 80`s, y siguió descendiendo en años posteriores (García y De Oliveira, 1994). Esta disminución reproductiva y los estragos de la creciente inflación que alcanzó su punto más alto en 1987 y que generó un descenso en los salarios y en los niveles de vida, dio pie a que la mujer se viera en la necesidad de integrarse al área laboral, pero no por eso sus roles se modificaron completamente puesto que también se considera que debe cumplir con sus obligaciones domésticas, es decir, una doble jornada. Cabe resaltar que el trabajo doméstico que realizan en su propia casa no se considera todavía como digno de ser remunerado o por lo menos reconocido plenamente (Montesinos, 2002). Esto nos obliga a reflexionar acerca de que una modernización económica no necesariamente corresponde equitativamente a una modernización cultural que resulta todavía predominantemente machista.

García y De Oliveira (1994) y Alles (2005) aseguran que la doble jornada también demuestra cómo, en un primer momento, cuando la mujer supera el confinamiento privado se hace más evidente el autoritarismo masculino; pues el hombre lo aprecia como una afrenta al modelo de masculinidad tradicional, ya que hace evidente la incapacidad del varón para mantener a su familia, de cumplir con su papel de único proveedor. Por eso, en muchos casos el hecho de que la mujer salga al espacio público para ganar un salario (considerado en algunos casos tan sólo como complemento del ingreso familiar) no resulta suficiente para ser valorada y para ganar autoridad dentro de la relación familiar. Al contrario, constituye un elemento por el que las sociedades tradicionales la estigmatizan y la señalan como principal responsable de que las relaciones de pareja y familiares se muestren cada vez más endebladas, generándole estrés y sentimientos de incompetencia, de frustración y de culpa lo que repercute en su autoestima. Esto aunado a una personalidad perfeccionista, genera una autocrítica severa, actitud que la puede llevar a desarrollar depresión.

Ser mujer trabajadora, implica un desafío que vivirá según su perspectiva y sus creencias. Algunas se mostraran amargadas, resentidas, y en ocasiones agresivas.

Pero es importante mencionar el otro lado de la moneda, que es cuando la mujer asume su desempeño con alegría, sintiéndose satisfecha y disfrutando sus logros; ya que además de permitirle ser independiente, la percepción de un salario le proporciona seguridad tanto económica como personal, sirviéndole también como seguro frente a la violencia física o psicológica (Alles, 2005).

Debido a lo antes mencionada, el trabajo remunerado no sólo debe ser analizado a través de las dificultades que plantea, pues también trae satisfacciones, sobre todo a aquellas personas que han sabido desarrollar sus actividades laborales en concordancia con sus preferencias y potencialidades. Asimismo, el trabajo remunerado, como ya se mencionó, puede convertirse en un seguro frente a los problemas que puede enfrentar la mujer, desde una viudez temprana, hasta un divorcio o el abandono del esposo (García y Oliveira, 1994).

El tercer milenio encuentra a la mujer en la mejor posición que ha tenido a lo largo de la historia porque actualmente cuenta con las mayores oportunidades en cuanto a educación y libertad. Tiene ante sí también grandes retos para alcanzar el éxito, el cual se considera como el equilibrio apropiado entre las diferentes facetas de su vida y como el resultado de la consecución de objetivos unido a una sensación de paz interior (Alles, 2005).

La doble jornada indudablemente siempre requerirá un doble esfuerzo, pero la actitud con que se enfrente será la clave para disfrutarla o para sufrirla, jugando un papel importante las creencias que se tengan acerca del trabajo femenino y de su valor como mujer. Al respecto, en México existen todavía muchas ideas negativas, pero en muchos casos lo que más pesa son las creencias propias de la mujer que tiende a devaluar su persona y sus capacidades por lo que es necesario reestructurar esas creencias, modificando sus esquemas y para ello, en los casos de depresión, una alternativa eficaz es la Terapia Cognitiva de Beck, la cuál se describe a continuación.

Beck (2000), refiere que esta terapia fue formulada y desarrollada por el doctor Aarón T. Beck., a comienzos de los años sesenta. Inicialmente, Beck desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Pero posteriormente esta terapia fue adaptada para su aplicación a una variedad de trastornos psiquiátricos, por ejemplo: los trastornos de ansiedad, las fobias, y algunos problemas relacionados con el dolor, entre otros.

El modelo cognitivo básico propone que todos los trastornos psicológicos tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y esto a su vez repercute en la conducta de los pacientes. Es decir, este modelo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas; así, los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas *interpretan* esas situaciones. Por ello, es importante llevar a cabo la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes, ya que una evaluación

realista, así como la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento del individuo (Beck, 2000).

Resulta relevante, por lo tanto, abordar algunos conceptos básicos que se utilizan en esta teoría, uno de ellos son los *esquemas*, de ellos se dice que a partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de las personas con las que interactúan y del mundo. Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas que no suelen ser expresadas, ni siquiera ante uno mismo. Son ideas consideradas como verdades absolutas. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Aunque es importante mencionar que los esquemas disfuncionales (desadaptativos) pueden ser “desaprendidos” y en su lugar se pueden aprender otros más funcionales y basados en la realidad.

Otro concepto importante son los *pensamientos automáticos*, estos son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, de manera específica ante cada situación. Se dice que constituyen el nivel más superficial de la cognición puesto que están más cercanos a la conciencia. Pero no por eso dejan de ser importantes, de hecho el terapeuta usualmente inicia el curso del tratamiento enseñando al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos automáticos para lograr un alivio de los síntomas; y luego se centra en los esquemas que subyacen a las ideas disfuncionales (Beck, 2000; Valadéz y Ávila, 2005).

La persona deprimida debe reconocer los pensamientos y las autoevaluaciones negativas y corregirlos sustituyéndolos con pensamientos más apegados a la realidad. Beck piensa que las personas se sienten deprimidas porque se han evaluado a si mismas como inadecuadas e interpretan equivocadamente los sucesos que aparecen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de si mismo.

No se deben dejar de lado las *distorsiones cognitivas* que menciona Beck (1983), las más frecuentes son: la inferencia arbitraria; la abstracción selectiva; la generalización excesiva; la magnificación o minimización; la personalización; el pensamiento absolutista y dicotómico (estas serán abordadas con mayor detalle en el capítulo 3). Estas distorsiones varían según el trastorno. En la depresión,

por ejemplo, se suele atender selectivamente y magnificar la información negativa, ignorando o minimizando la positiva. También se tiende a personalizar los fracasos y errores, sobregeneralizando y exagerando los defectos.

Además, el concepto de la *tríada cognitiva* es otra de bases teóricas de este modelo, ella está conformada por los conceptos o esquemas cognitivos negativos sobre si mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1983).

Por ello, el primer paso del tratamiento cognoscitivo de la depresión es una evaluación precisa de los pensamientos negativos que están influyendo en el cliente, estos pueden estar como se mencionó anteriormente, descritas en tres categorías: pensamientos negativos acerca de si mismo, ideas negativas respecto al mundo, y percepciones negativas del futuro. En seguida, el terapeuta dirige al cliente a reflexionar sobre sus pensamientos cuando se producen acontecimientos penosos, aquí se instruye a los clientes para sustituir los pensamientos negativos con otros más exactos y positivos. Para esto se puede apoyar en la técnica de la doble columna (en la primera columna se escriben los pensamientos negativos y en la segunda los pensamientos corregidos –positivos-). Así el cliente puede incluso autovigilarse, llevando un registro de sus pensamientos en situaciones difíciles de controlar (Kendall y Norton-Ford, 1988).

En cuanto al método de esta Terapia, consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas y dirigidas a enseñar al paciente en primer lugar a controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; posteriormente se identifican las relaciones entre cognición, afecto y conducta; después se examina la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; en seguida se sustituyen esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y por último se aprende a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, 2000).

Existen varias técnicas cognitivas (estas se encuentran detalladas en el capítulo 3) que pueden ser empleadas para llevar a cabo lo anterior (Valadéz y Ávila, 2005): La explicación del fundamento teórico al cliente; la identificación de pensamientos disfuncionales; la identificación de errores cognitivos; la comprobación de hipótesis; la disputa racional; el análisis de costes y beneficios; las técnicas de

reatribución; el trabajo con imágenes; la búsqueda de soluciones alternativas; la identificación de esquemas; la técnica de rol fijo; y la biblioterapia.

Cabe mencionar que, para lograr el éxito en la Terapia Cognitiva de Beck, hay que considerar los lineamientos subyacentes. En primer lugar se debe reconocer el objetivo y las características principales de la Terapia Cognitiva, para saber si se apegan a los requerimientos del caso; la relación terapéutica y el papel del terapeuta son aspectos que también deben ser cuidados; así como la duración, la estructura y el procedimiento del tratamiento. Ya que el adecuado manejo de dichos lineamientos redundará en el buen desarrollo de la terapia, y en la mejoría del paciente (Beck, 2000).

Por todo lo anterior, se puede decir que la relevancia de este trabajo reside en el hecho de que en México, en base a los índices de prevalencia, el Programa de Acción Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA) considera la depresión como un problema prioritario e indica que es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y que les afecta mayormente entre los 25 y 44 años de edad, es decir, en plena edad productiva. Afectando seriamente su desempeño laboral, personal, familiar y social. De ahí la necesidad de documentar la relación entre doble jornada y depresión femenina; y de ubicar un tratamiento que resulte eficaz para atender a esta población (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí, 2003).

De esta manera, el *objetivo* de este trabajo es *fundamentar teórica y metodológicamente la aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck como una buena alternativa de tratamiento en los casos de depresión en mujeres que trabajan doble jornada.*

Para ello, se fundamenta teóricamente la relación entre doble jornada y depresión femenina; y se describen los lineamientos a seguir en la Terapia Cognitiva para la depresión propuesta por Aarón Beck, ya que esta terapia consiste en ayudar al individuo a identificar sus patrones de pensamiento disfuncionales e inculcar esquemas y procesos más adaptativos y funcionales. Esto, en el caso de las mujeres que trabajan doble jornada resulta de gran ayuda para empezar a

valorarse a si mismas y pedir la cooperación de los familiares, delegando algunas responsabilidades y dejando de lado esa idea errónea de perfeccionismo que la lleva a exigirse a cumplir ella sola todos los roles que en la actualidad le implica su femineidad; también es importante liberarse del sentimiento de culpa por no realizar todo “y bien”. Y aprender a ver su labor desde una perspectiva más positiva, lo que contribuye a reconocer que aún cuando la doble jornada exige un mayor esfuerzo, también proporciona satisfacciones, y al reconocerlas, se puede promover el disfrute de los beneficios del trabajo remunerado.

Cuando se siente la incapacidad de ser feliz es como estar “muerto en vida”, surge la necesidad de salir de ese “pozo oscuro”, de mejorar la “calidad de vida”, pero ¿cómo?; informándose y buscando ayuda profesional.

Es por ello que el primer capítulo de este trabajo está dedicado a proporcionar información básica acerca de la depresión, sus síntomas, sus causas y su prevalencia en las mujeres.

En el segundo capítulo, considerando la perspectiva de género, se aborda el surgimiento de la doble jornada como consecuencia de los cambios que se han ido presentando desde hace algunas décadas en los roles de hombres y mujeres en cuanto al trabajo; así como de la condición de la mujer en la sociedad contemporánea. En este capítulo también se retoma un aspecto muy importante: las consecuencias psicológicas de la mujer que trabaja doble jornada.

Como propuesta de intervención psicológica en estas mujeres, en el tercer capítulo se describen los principios teóricos de la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión por considerarse la más adecuada en este caso.

Por último, en el capítulo cuatro aparecen una serie de lineamientos a seguir, dicho capítulo fue diseñado con el objetivo de mostrar los elementos básicos que se deben considerar en la aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión. Es una guía que contiene información breve y clara de los componentes indispensables para llevar a cabo un tratamiento eficaz y exitoso.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN

*Si lloras por haber perdido el sol,
las lágrimas no te dejarán ver las
estrellas.*

Rabindranath Tagore

Desde principios del siglo pasado hasta nuestros días la expectativa de vida ha aumentado de 49 a más de 70 años, por lo que en la actualidad ha cobrado especial interés no ya “cuánto” se vive, sino “cómo” se vive. Relacionando esto con la depresión se encuentra que dados los altos índices de esta enfermedad en la actualidad (uno de cada cuatro a nivel mundial y en México dos de cada diez personas en edad productiva - 18 a 65 años - la padecen) es sumamente importante la identificación y tratamiento de la misma, para mejorar la calidad de vida de quienes sufren este trastorno, ya que no existe nada peor que seguir viviendo cuando no se desea vivir, cuando no se experimenta ilusión, placer, entusiasmo o interés hacia nada, ni hacia nadie (Sabanés, 1993).

1.1 Concepto y Síntomas de la Depresión

La palabra depresión proviene del latín *depressus* que significa abatimiento, derrumbamiento, hundimiento. A dicha palabra se le han dado varios significados dependiendo del ámbito en que es empleada. En el mundo financiero significa un período de declinación económica. En meteorología se refiere a un patrón de clima tropical que puede provocar un ciclón o un huracán. En astronomía, es la distancia de un objeto celestial por debajo del horizonte. Es también un término frecuentemente utilizado para describir una rodada o una concavidad en el suelo. Pero el significado de la palabra depresión que resulta de mayor interés en el ámbito psicológico y que es comúnmente el más utilizado, se relaciona con el estado de ánimo, describe desde un estado de desaliento temporal causado por un mal día, hasta lo que en términos médicos es considerado como una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento (cognoscitivos), en el estado emocional, en el funcionamiento físico y en el comportamiento (Sabanés, 1993; Kramlinger, 2001).

Resulta importante mencionar que la palabra ánimo, a su vez, proviene de la palabra “*animus*” que significa alma, y el alma es lo que da vida, ímpetu, gracia, levedad, impulso para autorrealizarse y saborear la existencia; es lo que abre el deseo a perdurar, a trascender y a aventurarse en lo desconocido. Por eso cuando existe un trastorno en el estado de ánimo, la persona pierde la alegría, el interés y el entusiasmo; se vuelve pesimista, se siente mal física y emocionalmente, piensa que la vida no tiene sentido y no vale la pena vivirla, pierde la ilusión en el futuro y puede ver la muerte como un escape. Esto la lleva a actuar en consecuencia, también de manera negativa; aislándose (lo cual afecta sus relaciones interpersonales), bajando su rendimiento laboral o académico; y, en el peor de los casos atentando contra su propia vida. Así entonces, si la depresión es considerada como un trastorno del ánimo, es decir, del alma, entonces se comprende porque causa tanto sufrimiento a quién la padece pues al afectar de manera tan negativa en la forma de sentir, de pensar, y de actuar del individuo, le rompe la posibilidad de saborear y disfrutar la vida de una manera plena (Rogtenberg, 2001).

Las etimologías antes citadas nos proporcionan una idea acerca de lo que implica encontrarse en un estado de depresión, pero no se proporciona un concepto acerca de ella, esto es debido a que no se ha podido concretar con exactitud, dadas las múltiples variantes de este trastorno.

Por lo tanto, debido a que hasta este momento no existe una definición precisa para la depresión, se recurre a la clasificación del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IV-TR). Según este manual, las depresiones se encuentran clasificadas como “trastornos afectivos” pues su sintomatología se relaciona principalmente con la alteración de la capacidad afectiva que se manifiesta con sentimiento de tristeza e incapacidad para captar, sentir y manifestar los afectos, así como la anhedonia, es decir, la imposibilidad de disfrutar lo que antes resultaba placentero. Debido a lo anterior la característica esencial de la depresión clínica o depresión mayor consiste en un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que antes se disfrutaban (López-Ibor, 2002).

El individuo debe experimentar también al menos cuatro de los síntomas de una lista que incluye:

- Cambios en el estado de ánimo (sentimientos de tristeza, abatimiento, insatisfacción, entre otros).
- Cambios en el apetito (comer poco o comer en exceso).
- Cambios en el peso (aumento o disminución del peso corporal).
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia).
- Cambios en la actividad psicomotora (enlentecimiento motriz o agitación y ansiedad).
- Cambios en el aspecto personal (indumentaria descuidada, palidez y ojeras).
- Falta de energía (sensación de cansancio, aún después de haber descansado más de lo suficiente o sin haber realizado alguna actividad que genere desgaste físico).
- Sentimientos de infravaloración (ideas pesimistas y negativas acerca de sí mismo y de su desempeño).
- Sentimientos de culpa (tendencia a atribuirse las cosas que van mal).
- Dificultad para pensar (disminución de la capacidad de concentración).
- Dificultad para tomar decisiones (sensación de inseguridad).
- Labilidad (llanto fácil y frecuente o por el contrario dificultad para llorar).
- Anhedonia (incapacidad de experimentar placer o alegría).
- Trastornos somáticos (padecer enfermedades o dolores crónicos sin justificación clínica).
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Ideación, planes o intentos suicidas (llegar a ver la muerte como única salida o escape).

Es importante resaltar que estos síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. Además debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad. Aunque cabe mencionar que en algunas personas con episodios leves de depresión la actividad puede parecer normal, pero esto requiere de un gran esfuerzo, pues no se cuenta con la suficiente energía para llevar a cabo las actividades cotidianas aún más leves como bañarse, vestirse, etc. (Sabanés, 1993; López-Ibor, 2002; Yapko, 2006).

Kramlinger (2001) precisando más, en cuanto a la etiología de la depresión, la divide en cuatro aspectos:

Cambios en el estado de ánimo. Los cuales implican sentimientos de tristeza, inutilidad, desesperanza y la presencia de crisis de llanto; también se ve disminuida la autoestima y la autoconfianza del individuo quién además se puede llegar a sentir culpable o despreciable. Aunque cabe mencionar que en algunos casos pueden aparecer otras emociones diferentes como irritabilidad y fastidio haciéndole sentir agitado. O puede estar aburrido y apático ante las actividades agradables las cuales no le proporcionan placer ni mantienen su interés.

Cambios cognoscitivos. En los cuales la depresión afecta a la memoria y al pensamiento, lo que ocasiona dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, incluso las decisiones más simples como decidir qué ropa usar, pueden parecer complicadas y requieren mucho tiempo y esfuerzo, dificultándole las actividades cotidianas.

Cambios físicos. Incluyen las alteraciones en los hábitos de sueño (insomnio o hipersomnia) y de alimentación (aumento o disminución del apetito); también se considera el impulso sexual, el cual puede disminuir o desaparecer. En cuanto a la energía física, esta se puede ver minada lo que genera una sensación de cansancio y agotamiento provocando lentitud en los movimientos corporales y en las actividades. La depresión también se relaciona con diversos síntomas físicos indefinidos y para los cuales los médicos no encuentran una explicación obvia como dolor de cabeza, dolor de espalda (sobre todo lumbar), dolor abdominal y otras dolencias.

Cambios en el comportamiento. Se manifiestan en muchas formas, por ejemplo, una persona que se preocupa por su aspecto personal puede volverse descuidada. Alguien que es puntual en el pago de sus cuentas, puede olvidarlas. Una persona sociable se puede volver retraída retirándose de la gente y prefiriendo quedarse en casa. Los conflictos familiares y conyugales pueden hacerse más frecuentes y su desempeño laboral puede verse seriamente afectado al fallar en las fechas de entrega o en la disminución de productividad.

Como se puede apreciar los síntomas de la depresión repercuten en todos los ámbitos en que el individuo se desenvuelve, llámese individual, familiar, laboral y social. Resultando indudable que aún en los casos en que la sintomatología de la depresión no sea tan severa, es innegable la existencia de un padecimiento que genera incomodidad en la persona que la sufre, causándole dificultades y afectando su desempeño, es por esto que en este trabajo no sólo se considera a la depresión mayor sino también a la moderada e incluso a la leve, pues todas, en menor o en mayor medida, afectan de alguna manera a la persona, por lo que resulta importante identificarla y proporcionarle un tratamiento adecuado desde sus inicios.

1.2 Causas de la Depresión

Es importante señalar que no es posible hablar de la depresión sino de las depresiones, dada la amplia variedad actual en cuanto a su clasificación. Resultaría exhaustivo clasificar y definir cada una de esas variantes y realmente ese no es el objetivo de este trabajo. Por ello, con fines prácticos, para abordar las causas de la depresión solamente se hará alusión a la clasificación clásica que la divide según su origen en: depresión endógena, depresión somatogena y depresión exógena.

Las depresiones endógenas como su nombre lo indica van de adentro hacia fuera, es decir que no se producen por acontecimientos psicosociales externos, sino que están relacionados con la vulnerabilidad específica del propio psiquismo del individuo. Se manifiesta sin que exista una causa al menos aparente que la justifique. Surgen de manera espontánea, sin que el médico, los familiares o el propio paciente se lo expliquen.

El término endógeno equivale a primario, por lo tanto, la característica principal de las depresiones endógenas es que se presentan sin una causa que al menos en apariencia las justifique, lo cual significa que no es posible definir el desencadenante.

Las depresiones llamadas somatógenas, por otro lado, tienen causas orgánicas demostrables, ya que es sabido desde hace mucho tiempo que algunas enfermedades orgánicas no psíquicas pueden desencadenar reacciones depresivas. La depresión suele ser compañera habitual de procesos de carácter infeccioso, desde una simple gripe hasta una tuberculosis, por ejemplo; también es muy probable su presencia en enfermedades cancerosas. En estos casos, es recomendable atender en primer lugar el trastorno orgánico, pero sin dejar de lado la atención de la depresión, aunque de manera independiente.

Las depresiones exógenas, por su parte, se caracterizan porque se puede definir el desencadenante, que puede ser de carácter psíquico o ambiental, es decir, por fuertes tensiones que tienen que ver con el exterior y por componentes psicosociales, entre otros. Los principales acontecimientos que son considerados como desencadenantes de las depresiones exógenas son: la muerte del cónyuge, el divorcio o la separación de la pareja, estar en prisión, la muerte de un pariente cercano, una enfermedad personal grave, contraer matrimonio, la pérdida de empleo, la reconciliación con el cónyuge, la jubilación, la enfermedad de un pariente cercano, un embarazo, problemas de tipo sexual, la integración en una nueva familia, la incorporación a algún tipo de negocio, la muerte de un amigo íntimo, cambio en el tipo o en la responsabilidad de trabajo, cuando un hijo se va de casa, los problemas con la familia política, cuando los hijos inician o acaban el colegio, las malas relaciones con un superior, cambio en el horario de trabajo, cambio de domicilio, cambios en la vida social, cambio en los hábitos alimenticios o de sueño, el período vacacional, las fechas importantes (por ejemplo, navidad), incluso obtener un gran logro personal. Como se puede apreciar, aún cuando no todos los factores antes mencionados son desagradables, pueden constituir fuentes de tensión que pueden desencadenar síntomas de depresión (Sabanés, 1993).

Se puede concluir que las depresiones endógenas aparecen de manera espontánea y sin una explicación clara; en contraste, en el caso de las depresiones exógenas, el cambio, y la pérdida, aún cuando sea para mejorar, son los principales desencadenantes.

Una vez aclarada la clasificación básica en cuanto a las depresiones, es posible abordar las causas de la depresión.

Para ello, Wuidart (1972) en su intento por explicar la etiología de la depresión endógena, en la cual como se mencionó anteriormente, no parece haber un desencadenante preciso de esta enfermedad, dice que es el resultado de un cúmulo de micro-agresiones afectivas acarreadas a lo largo de la vida y que al combinarse con un shock emotivo, en un punto límite, surge la manifestación de los síntomas, aunado a la herencia genética que constituye otra causa indiscutible.

En este punto, Calderón (1999) al realizar un estudio, encontró en relación a las causas genéticas que si uno de los padres es un enfermo deprimido, las posibilidades de que el hijo herede la enfermedad, va de un 10% a un 15%; pero si ambos padres fueran deprimidos, la probabilidad de que los hijos padezcan esta enfermedad aumenta a un 50%. En el caso de parientes como tíos, abuelos y primos observó que el riesgo desciende a un 3% o 4%. Cabe mencionar que así como existe la predisposición a heredar la enfermedad, también es posible heredar la respuesta al tratamiento.

En cuanto a las depresiones exógenas, el mismo autor menciona que en las causas psicológicas, la predisposición a adquirir la enfermedad no es heredada sino aprendida a través de la dependencia respecto a los miembros de la familia; la causa que la determina es una mala integración de la personalidad en la etapa formativa, y las causas principalmente son las pérdidas (de un ser querido, de un empleo, de un estatus, etcétera).

De esta forma, los desencadenantes pueden ser desde la inadaptación de la persona a su medio de vida, por ejemplo, la carga de un empleo que implique demasiada responsabilidad, que le genere tensión nerviosa constante, sentimiento de incapacidad y sentido de inferioridad. Otras, no menos importantes, son las causas de carácter social, entre ellas están los lazos afectivos, tan arraigados en nuestra cultura, pero que actualmente se están viendo en peligro de rompimiento si no es que ya se encuentran rotos y esto genera angustia y ansiedad. Un claro ejemplo de esto, es el caso de los inmigrantes, quienes además de tener

problemas de adaptación al nuevo contexto y los problemas económicos con los que tienen que enfrentarse, la nostalgia por el país de origen y por la familia pueden llevarlos a sufrir un episodio depresivo. (Calderón, 1999).

Vallejo (2000) y Kramlinger (2001), aportan una información más amplia, argumentando que todavía no se saben las causas precisas de la depresión pero sí se han identificado varios factores de riesgo, por lo que se presume que es un trastorno de origen multifactorial. Esto significa que esta enfermedad está determinada por factores genéticos, biológicos (fisiológicos y bioquímicos), conductuales y psicosociales y en la mayoría de los casos la enfermedad depresiva, es resultado no de un solo factor, sino de una combinación de ellos.

A continuación se mencionan algunos factores que según Sabanes (1993) y Vallejo (2000) pueden aumentar el riesgo de padecer un episodio depresivo:

- Antecedentes familiares

- Se ha observado que si genéticamente, en la historia familiar se encuentran casos de depresión, el riesgo de padecerla a lo largo de la vida se llega a duplicar o triplicar.

- Atributos de estado

- Sexo: El riesgo de padecer una depresión es casi el doble en mujeres que en hombres.
- Edad: La frecuencia con que se presenta la depresión alcanza su máximo en mujeres entre los 35 y 45 años de edad, aunque la edad de inicio se sitúa en una edad media, alrededor de los 25 años, en ambos sexos; pero también se presenta en muchos casos en personas de la tercera edad, adolescentes, niños e incluso en bebés.
- Estado Civil: La tendencia a padecer depresión puede ser ligeramente más alto en personas solteras, separadas o divorciadas y menor en las personas

casadas o que mantienen relaciones afectivas estables lo cual indica que un buen soporte sociofamiliar puede actuar como atenuador.

- Creencias Religiosas: Aunque no se ha podido delimitar con exactitud el papel que desempeña la religiosidad en relación con el padecimiento de la depresión, se ha observado que se presentan en los cultos muy estrictos y cerrados, tal vez por la autoexigencia que implican. Por otra parte, lo que si resulta verdaderamente notable es que la frecuencia de suicidios es menor entre los creyentes de cualquier religión.
- Clase Social: La depresión es más frecuente en personas pertenecientes a la clase social baja, con pocos años de escolaridad, que desempeñan los trabajos menos calificados y que residen en grandes ciudades, probablemente debido a que por su bajo nivel cultural cuentan con menos recurso para enfrentar situaciones vitales adversas, o a causa de que son poco afortunadas, tienden más a deprimirse.

En relación a lo anterior, un estudio realizado por Salgado (1999) confirma algunos puntos. El objetivo de su investigación fue determinar la prevalencia de algunos trastornos mentales, así como la utilización de los servicios de salud mental de una población rural del Estado de Jalisco; se tomó una muestra aleatoria de 945 adultos, 442 hombres y 503 mujeres, de entre 15 a 89 años de edad, pertenecientes a 33 comunidades rurales. Se les realizó una entrevista sociodemográfica, además de 5 preguntas relacionadas con trastornos mentales; como resultado se obtuvo que las alteraciones mentales se observan con mayor frecuencia en mujeres en comparación con los hombres; y en cuanto a la utilización de servicios se encontró que los autocuidados, como son, los remedios caseros, las limpias, los baños y el consumo de ciertas infusiones, entre otras, fueron las conductas reportadas con mayor frecuencia y que el médico general de la localidad fue el prestador de servicios formales de salud más consultado.

Como se puede apreciar, este artículo reafirma que la depresión se presenta más frecuentemente en mujeres pertenecientes a un estrato socioeconómico

bajo y que debido a la falta de acceso a un especialista (psiquiatra o psicólogo), no les es posible obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado.

- Medio Ambiente: En relación con el punto anterior, resulta paradójico que al contrastar medio rural y medio urbano, se encontró que la depresión es más frecuente en este último. Aunque resulta extraño que en un medio rural que podría considerarse en desventaja socio-económicamente el trastorno depresivo se presenta con menor frecuencia, esto puede ser por las condiciones ambientales más naturales y menos estresantes, factores que no son determinantes, pero si favorecedores.

○ El Aspecto Biológico

- Descompensación de algunos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, entre otros.
- La dependencia química, es decir, el consumo habitual de algunos medicamentos.
- La comorbilidad con otras enfermedades de tipo mental como: trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, trastorno corporal dismórfico, alzheimer, trastorno de personalidad límite, etcétera.
- La relación con otras enfermedades físicas como: el dolor crónico, cáncer, parkinson, afecciones cardiacas u hormonales.

○ Personalidad

- Los rasgos de personalidad como pesimismo, neuroticismo, introversión, obsesión, impotencia aprendida, culpa y dependencia, que generan en el individuo una tendencia mayor a la preocupación, al aislamiento, más inseguridad, más sensibilidad, menor adaptación social, y que frecuentemente claudican bajo situaciones estresantes; tienen mayor predisposición de padecer depresión.

○ La Historia de Vida

- El abuso en la infancia.
- Crecer con un alcoholico.
- Vivir o haber vivido algún tipo de Violencia Intrafamiliar.

○ Factores de Vulnerabilidad

- Entre los factores que predisponen con mayor frecuencia a los individuos para que en algún momento padezcan depresión, se encuentran: una pobre relación con la pareja o falta de ella, vivir solo, contar con un nulo o difuso soporte social, presencia de 3 o más hijos menores de 14 años, pérdida parental (de alguno de los padres) por muerte, antes de los 11 años de edad, separación de uno o ambos padres antes de cumplir los 11 años, baja autoestima, entre otros.

○ Acontecimientos Estresantes

- Padecimiento de enfermedades como cáncer, alcoholismo, hipertensión, período post-parto, etc.
- Pérdida de un ser querido, pérdida del empleo, pérdida de estatus.
- Cambio de domicilio, cambio de puesto en el empleo, cambio en el estilo de vida, etcétera (cualquier cambio aún cuando sea para mejorar).
- El estrés postraumático.

Estas son sólo algunas de las posibles causas más frecuentes que dan origen a la depresión. Por lo que Vallejo (2000) considera que la enfermedad depresiva es un trastorno de origen multifactorial. Surge entonces la necesidad de un abordaje multidisciplinario, resaltando el tratamiento psicológico, principalmente y farmacológico, en los casos que así lo requieran.

1.3 Prevalencia de la Depresión en las Mujeres y su relación con las Demandas Sociales

En México, los índices de prevalencia obtenidos por el Programa de Acción Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA) revelan que la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y que les afecta generalmente entre los 25 y 44 años de edad. Además, una de cada cinco mujeres sufre una depresión mayor en su vida, esta proporción disminuye a uno de cada diez en el caso de los hombres (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí, 2003).

López (2008), coincidiendo con otros autores, afirma también que los problemas emocionales son mayormente resentidos por las mujeres pues datos recientes indican que entre el 5 y 15% de la población, sobretodo mujeres pueden padecer en su vida un periodo depresivo mayor. Retoma los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada en México en el año 2000 en la que se evidenció la existencia de alrededor de 11 millones de mujeres adultas mexicanas con cuadros depresivos, afectivos o de ansiedad, esto equivale a un 17% de la Población Total Mexicana; mientras que en el caso de los varones las cifras alcanzan los siete millones, es decir, un 8.5%.

Saltzman (1992) desde la perspectiva de género (la cual se aborda en el siguiente capítulo), considera que la principal causa de estos altos índices de prevalencia de depresión femenina se puede deber a la falta de equidad en cuanto a la división de trabajo por sexos, tanto dentro como fuera de la familia y el hogar. Pues aún cuando las mujeres ya tienen acceso al mercado laboral, todavía son discriminadas (no se les ofrecen las mismas oportunidades económicas o jerárquicas que a los hombres); y en el ámbito doméstico, todavía recae sobre ellas la mayor parte de las labores domésticas (los hombres colaboran en este ámbito 10 horas a la semana y las mujeres, en cambio, laboran 44 horas). Considerando lo anterior, se entiende esa mayor tendencia a padecer depresión en las mujeres que trabajan doble jornada.

Por otra parte, Sabanes (1993), menciona tres razones básicas que también podrían dar una explicación aceptable del porqué la incidencia de depresión es más alta en las mujeres:

La primera se refiere a los cambios neurohormonales que se presentan durante el embarazo, el parto, el postparto y la perimenstruación; esto es debido a que estas situaciones pueden provocar cambios biológicos y psíquicos favorecedores para el desarrollo de la depresión. Dos claros ejemplos son las depresiones postparto y el síndrome de tensión premenstrual. Aunque, en ambos casos pueden coexistir factores sociales, psicológicos y culturales que favorecen el trastorno, pues el hecho de que una madre joven que vuelve a casa después del parto y que además tiene uno o más hijos pequeños, el nuevo bebé, y una serie de

obligaciones domésticas para las que cuenta con poca o nula colaboración y que además no le son reconocidas ni valoradas pueden generarle síntomas depresivos. Pero vale la pena señalar que en ocasiones las causas son puramente endógenas.

La segunda razón es que por motivos socio-culturales, la educación que se les da a los hombres y a las mujeres en la sociedad occidental puede influir en dos aspectos, uno es que la mujer tiene el “permiso” de vivir y reconocer sus estados de desánimo, tristeza y desmoralización; pero sobre todo que sean capaces de aceptar su depresión, cuando la hay. En cambio, en el caso de los hombres, tienden más a manifestar su depresión por medio de otras vías, como el alcoholismo, la agresividad o las somatizaciones (problemas digestivos o dolores de cabeza), y tienden a enmascarar los sentimientos que son considerados poco masculinos en esta sociedad.

Otra razón no menos importante que alude Sabanes (1993) es al papel social de la mujer que hasta hoy ha sido marginal, con pocas gratificaciones sociales y económicas y que posee escaso protagonismo, dado que socio-culturalmente se le han otorgado las tareas más rutinarias. Lo anterior puede ser la causa de que la mujer haya adoptado conductas pasivas y dependientes, lo que en el mundo actual, tiende a aumentar la posibilidad de padecer trastornos depresivos.

Por otro lado el informe del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), revela que en México, en el año 2000 se registraron 22.3 millones de hogares en México y 4.6 millones son encabezados por una mujer, es decir, uno de cada cinco, con un promedio de dos hijos (González, 2005).

Este hecho, además de los cambios sociales y económicos que se han presentado en las últimas décadas, han favorecido u obligado como se mencionó anteriormente a una progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, y esta modificación se ha acompañado de alteraciones en otras áreas como son la organización familiar tradicional, los roles femeninos y masculinos, el modo de crianza de los hijos o el desempeño del trabajo remunerado. Estos cambios colocan tanto a mujeres como a varones en una situación más exigente y más

confusa ya que deben responder a las demandas de tres (y en algunos casos más) roles simultáneos: trabajadores en un mercado laboral cada vez más exigente y precario, cónyuge en una situación de nuevos retos para la pareja y el papel de padre o madre dentro del núcleo familiar. En el caso de la mujer, aumentan las expectativas pues también se espera de ella que sea una “excelente ama de casa” con todo lo que esto implica.

Si ya de por sí cada uno de estos roles resultan muy demandantes, en suma, resultan agobiantes para quién los desempeña pues se espera que sean “bien” realizados, porque de lo contrario, el ojo acusador de la sociedad que siempre está vigilante se encargará de generar culpa en el caso de fallar en alguno de ellos (Carrasco y García-Mina, 2005).

Dado lo anterior, resulta conveniente identificar los procesos de conflicto y de compatibilidad familia-trabajo y su relación con la depresión en el sector femenino que es el que se considera en esta investigación.

Es por esto que ante las principales demandas sociales de la mujer de esta época, se encuentra en primer lugar que a pesar de la incorporación masiva de las mujeres al mundo del trabajo y su posible aportación al ingreso familiar, la mayoría de ellas, como ya se dijo, tienen todavía a su cargo casi completamente las responsabilidades domésticas. Aunque vale la pena mencionar que como respuesta, también se ha producido, en el mejor de los casos, la aparición de lo que hoy se denomina familia de dos carreras o dos ingresos, en la que se plantea la necesidad de hacer compatibles las tareas familiares (que antes eran realizadas por las mujeres exclusivamente) con las laborales (que actualmente realizan ambos cónyuges). Y se recalca que en el mejor de los casos, porque hay otros dónde la familia es monoparental y entonces toda la responsabilidad recae en sólo uno de los miembros de la pareja, generando obviamente una mayor carga de trabajo y más desgaste físico y emocional para quién lo desempeña. Y según las cifras mencionadas anteriormente, la tendencia es hacia la mujer, dado que actualmente existen más madres solteras que padres solteros.

En segundo lugar, en el ámbito laboral, la gran competitividad entre empresas, les lleva a la necesidad de hacer más con menos, esto se refleja en los empleados que reciben cada vez mayores demandas de sus trabajos, pero pocas veces se les reconoce económicamente de manera equitativa al grado de exigencia que se les impone. Ya de por sí, se observa que existe diferencia salarial entre mujeres y varones por la falta de acceso que tienen las mujeres a las mismas oportunidades de empleo que los hombres. Es de esperar, que todo lo anterior generará altos grados de estrés e insatisfacción, y esto, aunado a la falta del reconocimiento por parte de las personas cercanas que se consideran importantes, puede predisponer a la mujer para llegar a padecer una depresión (Carrasco y García-Mina, 2005). Por todo lo anterior y ante los altos índices de incidencia de depresión previamente mencionados, es necesario reconocer que este trastorno es un problema prioritario que deteriora la calidad de vida de los individuos, principalmente de las mujeres.

De ahí la importancia de valorar en su justa medida las exigencias a las que se enfrenta la mujer contemporánea que desempeña múltiples roles y otorgarle alternativas. Además de enseñarle a reconocer a la doble jornada no sólo como una enorme y pesada carga, sino como fuente de satisfacción económica y oportunidad de independencia, pero sobre todo como una vía de crecimiento y de logro personal.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DOBLE JORNADA

*Mediante el trabajo ha sido como la mujer ha podido
franquear la distancia que la separa del hombre.
El trabajo es lo único que puede garantizarle una
libertad completa.*

Simone de Beauvoir

Anteriormente, de una u otra manera, las mujeres generalmente habían sido condicionadas a sentirse inferiores, secundarias y complementarias del hombre, y no como seres humanos iguales y capaces. Pero actualmente los roles de hombres y mujeres han ido evolucionando como respuesta a las circunstancias sociales y económicas. Apareciendo la doble jornada y dando pauta a los avances conceptuales en la perspectiva de género, los cuales han llevado a redefinir los ámbitos de la dinámica intrafamiliar más importantes como son: la *participación económica* de ambos cónyuges, es decir, la percepción de ingresos y las aportaciones con los que cada uno de ellos contribuye a los gastos familiares; también se han ido modificando paulatinamente las *formas de convivencia familiar*, que básicamente se refieren a las relaciones de poder como son: la toma de decisiones y el control de la libertad de movimiento y, por otra parte, lo concerniente a la *división del trabajo doméstico*.

Pero, aunque estos cambios pueden considerarse como una ganancia para el sector femenino, es importante reconocer que también son fuente de un fuerte conflicto, pues tan sólo en lo que respecta a la división del trabajo se puede apreciar que la participación de los varones dentro del hogar no ha sido equitativa y sigue recayendo mayormente en las mujeres, de esta manera, las reclamaciones que la sociedad les hace a ellas es doble y contradictoria en algunos casos, causándoles malestares emocionales como la depresión.

2.1 Perspectiva de Género

El término “género”, surge en Estados Unidos en los años 60’s y 70’s como una categoría analítica de la sociedad y la cultura. Esto significa que la perspectiva de género permite analizar la construcción social de los roles asignados a mujeres y hombres para explicar las diferencias que hay entre estos.

Así, el género se define como la red de creencias, sentimientos, valores, conductas, rasgos de personalidad, actitudes y actividades que diferencian a las mujeres y los hombres, como producto histórico de construcción social (Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004).

La perspectiva de género sostiene que los roles sexuales se construyen socialmente a partir de las diferencias biológicas sexuales y reproductivas de los seres humanos; son aprendidos, cambian a través del tiempo, y tienden a ser diferentes dependiendo de los aprendizajes culturales. Es decir, que mientras el sexo es determinado biológicamente; el género es un constructo social que se encarga de establecer e introyectar los roles que “corresponden” al individuo, dependiendo de sus características sexuales de hombre o de mujer.

En el caso de nuestra sociedad, debido al legado de un sistema patriarcal, se han establecido marcadas diferencias entre hombres y mujeres, a partir de las cuales se construyen estereotipos de los comportamientos esperados de cada sexo; también se determinan ámbitos de acción, dejando a las mujeres en el ámbito privado, es decir al interior del hogar y desempeñando la larga lista de los quehaceres domésticos como lavar, planchar, cocinar, etc. sin recibir reconocimiento alguno; y otorgando los espacios públicos a los hombres, o sea en el exterior, desempeñando trabajos reconocidos y remunerados económicamente.

Antes, la sociedad patriarcal suponía que las características y las habilidades eran atribuciones biológicas que la naturaleza confería a los dos géneros de manera determinante; al nacer, se establecía sin lugar a dudas la diferencia sexual y a partir de esa diferenciación, se le atribuía a la misma naturaleza la capacidad para propiciar la adaptación social, en el caso de la mujer al espacio privado y al hombre al espacio público. De esta manera se determinó que la sensibilidad y el

ser para los otros, correspondía a la mujer; y al hombre, la capacidad proveedora y el don de mando. Aún en la actualidad al varón se le educa para la fortaleza, la autonomía, la seguridad, la agresividad, la objetividad, la actividad, la rapidez, la valentía, etc. Y a las mujeres se les inculca la debilidad, la dependencia, la inseguridad, la ternura, la subjetividad, la pasividad, la lentitud, la cobardía, etc. Permitiendo apreciar, que los valores masculinos siguen considerándose como los dominantes y los de la mujer constituyen simplemente la complementariedad de esa dicotomía.

De la mujer se espera que desarrolle principalmente el rol de esposa y madre, desplegando actitudes de cuidado, presencia y entrega como expresión amorosa. Sus funciones fundamentales y obligatorias son las reproductoras, cuidadoras, educadoras, sanadoras de la familia. Implicando, por ser ejercidas en el espacio doméstico, la dependencia económica, social y sexual hacia el varón, así como la falta de individualidad. Es decir, que para la mujer la consigna es: *Ser en función del otro*. Contrariamente, del varón se espera que sea independiente, fuerte, buen proveedor y que se convierta en la cabeza de la familia. En él se deposita el poder económico, social y sexual. Y no se espera, que intervenga en las funciones domésticas (Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004).

Es interesante observar que por lo específico y cotidiano de estos roles, aparentemente hacer cambios podría parecer hasta cierto punto fácil, sobre todo en esta época, pero esto de ninguna manera resulta sencillo, pues el hecho de no cumplir con las expectativas sociales todavía es sancionado y tiene repercusiones personales, ya que si un hombre no cumple con los estereotipos socioculturales, su masculinidad es puesta en duda, siendo considerado como “poco hombre”; y si es una mujer la que se comporta con valores masculinos, esto es percibido como una afrenta hacia los hombres y por lo tanto, su castigo será quedarse sola.

Es por esto, que la identidad femenina para evitarse problemas, prefiere mantener sus características de género a partir de la fragilidad, mientras la identidad masculina lo hace a partir del poder.

Ese poder que hasta el día de hoy sigue estando en manos de los varones. Y lo importante no es en manos de quienes esté el poder, si de los hombres o de las mujeres; lo que verdaderamente importa es como se está utilizando; y como

podemos vivirlo día a día, ese poder no ha sido ejercido de la mejor manera, ya que la discriminación de que la mujer es objeto aún en nuestros días, es una clara evidencia de ello.

Parecería a simple vista que entonces es poco verosímil llegar a lograr un equilibrio, pero esto no es así, porque no todo es malo, pues aunque lentamente, los cambios económicos, políticos y socio-culturales que vive México en su tránsito a la modernidad coadyuvan al replanteamiento de principios, normas, valores y representaciones tradicionales en las relaciones entre los géneros. Así, culturalmente lo masculino y lo femenino paulatinamente se han ido mezclando, perdiendo sus características diferenciadas de antes, y gracias a ello se han podido observar cambios evidentes como la incorporación de las mujeres a la educación técnica o superior (Saltzman, 1992).

Si a lo anterior aunamos el hecho de que actualmente en América Latina, la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, a todos los niveles y en los diferentes sectores productivos de la población y la política, es cada vez mayor, tanto por la necesidad de traer ingresos al hogar como para buscar un desarrollo más integral como personas, entonces se puede reconocer el gran avance que se ha realizado en cuanto a la equidad de género (Morales, 2004).

Al principio, los trabajos extradomésticos reservados a las mujeres eran de muy baja remuneración y consistían básicamente en servicio doméstico, trabajos fabriles, puestos secretariales o administrativos, el magisterio, la enfermería, la confección de ropa, la peluquería y la venta de productos de belleza. Todos éstos son empleos muy dignos, pero limitantes. Poco a poco las nuevas generaciones se han ido abriendo paso en la política, los grandes corporativos, y han incursionado en la pequeña y mediana empresa (Morales, 2004).

Estas nuevas oportunidades contribuyen a una mejor capacidad de solvencia económica, aspecto muy favorable para las mujeres de esta época, ya que es una realidad que cada vez se incrementa más la cantidad de mujeres que asumen el rol de madre trabajadora por necesidad, debido a diferentes razones desde las madres solteras, viudas o divorciadas hasta las familias donde el varón se

encuentra desempleado. Dando pie a las familias dónde la mujer tiene que ocupar el papel de jefa del hogar, lo cual implica el “deber” de ser proveedora exclusiva y de llevar adelante varios roles simultáneamente. Para tener éxito en tan difícil tarea, lo ideal sería contar con la capacidad para lograr equilibrar sus múltiples labores. Además de tener un entorno facilitador con la colaboración de los demás miembros de la familia (esposo, hijos, u otros). Pero es sabido que esto en muy pocos casos es posible, debido a que la familia se ha ido transformando y no siempre se cuenta con el cónyuge, y en el caso de haberlo, no ha habido los cambios suficientes para lograr un reparto equitativo del trabajo doméstico. Lo cual indica que todavía hay mucho que hacer al respecto.

Es así como las marcadas diferencias en cuanto a los roles de género han llevado a la mujer a verse en la necesidad de cumplir con lo que hoy en día se ha llamado una Doble Jornada.

Esto, a su vez, ha propiciado una ardua búsqueda de las mujeres para hallar la fórmula que le ayude a lograr la armonía de sus diferentes funciones, lo cual requiere de una labor diaria y personal, pero no resulta ser una tarea fácil pues no hay todavía algún método completamente efectivo para lograrlo. Y, por el contrario, el hecho de no cumplir satisfactoriamente con alguno de sus roles, genera en las mujeres sentimientos de frustración, inutilidad, y culpa (Alles, 2005).

El panorama parecería desalentador hasta el momento porque no se ha podido superar la desigualdad tan arraigada en cuanto a la división del trabajo doméstico. Pero considerando que los roles de género se deben a constructos sociales, entonces pueden ser susceptibles a una deconstrucción de los mismos. De ahí la importancia de reconocernos como agentes de cambio y actuar en consecuencia, promoviendo de manera creativa nuevas alternativas que tengan como finalidad la equidad de género.

Para esto, la perspectiva de género propone la igualdad de derechos, pero no la uniformidad de las personas, hombres y mujeres. Se favorecen las diferencias, pero sin estar sujetas a jerarquías. Para lograrlo se establecen estrategias encaminadas a producir en la mujer, cambios personales, sociales y comunitarios

que favorezcan la autonomía, la independencia y el empoderamiento; para desarrollarse como seres humanos plenos. Por eso, es importante reconocer que la estructura de la personalidad no es permanente. El conocer otros valores, otras formas de actuar, hacerse consciente de las normas sociales que se han interiorizado e identificar cuáles son dañinas para la salud y el bienestar, posibilita la interiorización de otros valores y, por tanto, la aparición de nuevos comportamientos y formas de actuar más saludables. Volviéndose posible prescindir y modificar las actitudes aprendidas socio-culturalmente (Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004).

Por ello, resulta muy importante reconocer que cualquier cambio personal, por mínimo que parezca repercutirá en lo social y en lo cultural y que a futuro estos cambios contribuirán a mejorar la vida de las mujeres de las nuevas generaciones.

2.2 Concepto de la Doble Jornada

La doble jornada significa que la mujer además de cumplir con las tareas domésticas salga del hogar a desempeñar un trabajo extradoméstico y remunerado. Entendiendo por trabajo extradoméstico al conjunto de actividades que permiten la obtención de recursos económicos mediante la participación en la producción o comercialización de bienes y servicios para el mercado. El trabajo doméstico, por otra parte, comprende las actividades requeridas para el mantenimiento cotidiano de las familias y la crianza de los niños sin la obtención de reconocimiento y sin remuneración monetaria alguna (García y De Oliveira, 1994; Alles, 2005; Guadarrama y Torres, 2007).

Es importante mencionar que este concepto tiene origen en la crisis de 1929 que obligó a los estados latinoamericanos a renovar sus estructuras tanto económicas como políticas e ideológicas, para incorporarse al capitalismo y al avance industrial de los países desarrollados. El aumento de la demanda de fuerza de trabajo en todos los sectores de la economía permitió que la mujer se incorporara poco a poco al mercado laboral. Inicialmente se insertó en el sector terciario de la economía, ocupando puestos como el trabajo doméstico, de oficina, el comercio y la educación.

Poco a poco fue irrumpiendo en otras actividades laborales que tradicionalmente se consideraban masculinas, aunque sin un reconocimiento económico equitativo al del varón.

Un factor no menos importante, lo constituyó el cambio en las pautas reproductivas, pues generaron condiciones más favorables para el trabajo femenino, por los cambios en la dinámica familiar y en la posición de la mujer, esto gracias al auge y la aceptación de los métodos anticonceptivos a partir de la década de los 60`s, la tasa global de fecundidad pasó de un aproximado de 6.3 hijos en los 70`s a un 3.8 en los 80`s y siguió descendiendo en años posteriores (García y De Oliveira, 1994).

Así, la disminución reproductiva y las consecuencias de la creciente inflación que alcanzó su punto más alto en 1987 y que tuvo como consecuencia un decremento en los salarios de los varones y en los niveles de vida familiares, dieron pie a que la mujer se viera en la necesidad de integrarse al área laboral, pero no por eso su rol como ama de casa se modificó substancialmente, pues la mayor parte, si no es que toda la responsabilidad de los quehaceres domésticos siguen siendo atribuidos a las mujeres, reproduciendo anacrónicamente un régimen patriarcal que a estas alturas ya debería resultar obsoleto (Montesinos, 2002).

Es entonces que a partir de la inserción de las mujeres al área laboral, pero sin dejar de lado sus obligaciones domésticas, lo que dio pie a lo que hoy se conoce como doble jornada.

Es indudable que las mujeres han transitado muchos caminos, superando muchos obstáculos y luchando contra los prejuicios, para ser reconocidas como entes capaces no solo en el ámbito doméstico, sino también en lo laboral. Pero esa doble jornada, en opinión de Alles (2005) ha resultado una trampa para las propias mujeres, ya que en ese afán de demostrar sus capacidades, se han intentado convertir (aunque sin lograrlo) en la omnipotente “mujer maravilla” que se podría describir como:

- Perfeccionista y competitiva.
- Trata de hacer todo bien y al mismo tiempo.
- Se sobrecarga de tareas, aun más allá de sus posibilidades.
- No deja de lado ningún rol.
- Quiere ser la empleada perfecta, la madre perfecta, la esposa perfecta (no lo logra, pero se esfuerza en ello).
- Es tan impaciente e irritable como el varón perfeccionista, pero por desgracia tiene menos tiempo y más tareas por las cuales irritarse.
- Compite con sus compañeros de trabajo y también con otras madres y esposas.

En síntesis, pretende ser una empleada perfecta, sin dejar de ser por ello una mujer hermosa, una buena hija, una buena esposa, una buena madre y una buena amiga de sus amigos.

Misión prácticamente imposible de lograr, ya que las mujeres somos simples mortales, seres humanos como cualquier otro, con defectos y virtudes, con aciertos y errores. Somos personas valiosas, por el sólo hecho de ser seres humanos, pero no somos perfectas y además, llevamos a cuentas todavía los estereotipos de género que nos limitan y nos discriminan. Por eso, es trascendental que nos ubiquemos en nuestra realidad y luchemos sí, por lograr cambios, como hasta ahora, pero no caigamos en ese juego, en esa trampa, dónde en el afán de demostrarle a los demás que “puedo con todo” terminemos atentando contra nosotras mismas.

Por otra parte, Morales (2004) plantea que no hay que perder de vista también la influencia del materialismo en relación con la sobrecarga de trabajo, dado que es un punto muy relevante en la actualidad. Éste, consiste en el hecho de que la sociedad ha ido creando una serie de exigencias en cuanto a los bienes materiales y al estilo de vida, considerándolos como parámetros del éxito. Así, para poder estar “a la altura”, la exigencia económica aumenta, e imperceptiblemente al pretender cumplir con esa demanda, el empleo se coloca en primer plano y se sacrifican aspectos mucho más relevantes como los hijos, la

familia y la misma persona; pues la búsqueda de la felicidad, basada en lo material, desencadena una competitividad que en ocasiones se vuelve obsesiva.

Resulta lamentable, pero es muy común que en la sociedad occidental el éxito de una persona se mida en base a sus bienes materiales, el puesto que ocupa, la casa donde vive, el auto que usa, la empresa donde trabaja, los lugares a donde va de vacaciones; y se espera que además esa persona esté sana física y mentalmente, que tenga una familia bien integrada (tradicional), que tenga una vida espiritual plena, que tenga una buena relación con sus hijos y con su pareja, que se sienta satisfecha con su trabajo (doméstico y extradoméstico, en el caso de las mujeres), y que además dedique tiempo a su vida personal. Y sólo cuando reúna todos estos requisitos, socialmente, se podrá considerar como una persona plena y feliz.

Esta expectativa tan utópica, lo único que genera es una serie de sentimientos negativos, pues el no ser posible acercarse tan siquiera a ese ideal de “la mujer maravilla”, la deja con sentimientos de inutilidad, de desánimo, de frustración y de culpa; escenario ideal para que surjan síntomas de depresión.

2.3 Cambios en la Condición de la Mujer en la Sociedad Contemporánea

Hasta antes de la Revolución Industrial, a principios del siglo XIX, hilar, tejer, confeccionar ropas, hornear el pan, curar la carne, hacer sopa, cerveza, conservas de fruta y muchos otros procesos realizados actualmente en las fábricas, así como la enseñanza y el cuidado de los niños y los enfermos, formaban parte de la rutina doméstica de una mujer. Otorgándole, sin lugar a dudas, la importancia de la contribución femenina. Incluso, el dar a luz a numerosos hijos se consideraba como una contribución, ya que cada hijo representaba un capital adicional, pues sus manos, en un futuro, ayudarían al aumento del ingreso familiar. Todo eso realizaba el valor económico de las mujeres y las llenaba de un sentido de propósito. Pero durante la Revolución Industrial, las grandes industrias que surgieron, empezaron a emplear a trabajadores individuales (varones en su

mayoría), y no a familias como anteriormente se hacía. Esto debido a que la ley prohibió que los niños trabajaran en las fábricas y en las minas, e impuso a los padres la manutención de sus hijos, al menos hasta los diez años, dejando de ser una fuente de ingreso y convirtiéndolos en una carga. Debido a esto, las mujeres se vieron en la necesidad de entrar a trabajar en las fábricas, con jornadas de trabajo de diez a doce horas diarias, lo cuál provocó un gran descuido de sus hogares y de sus hijos. Estos antecedentes hicieron que el trabajo extradoméstico fuera estigmatizado como un mal social pues eran los sectores más pobres los que se veían en la necesidad de realizarlo, y por otro lado, el quedarse tan sólo al cuidado del hogar era visto como una prueba de un mejor nivel de vida (Myrdal y Klein, 1973).

Como se puede apreciar, los cambios económicos, políticos y socio-culturales que vivió México en su tránsito a la modernidad coadyuvaron al replanteamiento de principios, normas, valores y representaciones tradicionales en las relaciones entre los géneros, así, culturalmente lo masculino y lo femenino se mezclaron, perdiendo sus características tan diferenciadas de antes. Cabe mencionar que es a partir de esos cambios que surgen nuevas conductas masculinas que permitieron el desarrollo de la mujer, y es por esto que actualmente tiene acceso a la educación profesional y al trabajo remunerado (Montesinos, 2002).

Además, el debilitamiento de la figura de los varones como proveedores económicos exclusivos, dada la inestabilidad y la inseguridad laboral con que se enfrentan actualmente, aunado al aumento de la escolaridad femenina, así como al descenso de la fecundidad y las transformaciones en los mercados de trabajo; esto, junto con la difusión de las nuevas construcciones culturales acerca de lo que es ser hombre o mujer en las sociedades contemporáneas, han propiciado el incremento de la participación laboral y económica femenina (García y Oliveira, 1994).

Para confirmar lo anterior es pertinente recurrir a las cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), las cuales indican que en México, actualmente, existen 22 millones 800 mil mujeres que son madres y, de ellas, 10 millones 400 mil trabajan; y todas hacen además los quehaceres domésticos, es importante mencionar que en la realización semanal de los trabajos domésticos y

extradomésticos los hombres ocupan 67 horas y las mujeres dedican casi 92 horas; es decir, cerca de 37 horas más que los hombres. Al respecto, cabe mencionar que en el país, sólo una de cada 10 mujeres realiza trabajo doméstico remunerado (González, 2005).

Asimismo, las mujeres representan 35 por ciento de la población laboralmente activa y tienen en promedio un mayor nivel de escolaridad que el de los hombres 8.5 años contra 8.1. Además, por cada mil personas del sexo masculino que laboran en alguna actividad productiva, 111 son profesionales, técnicos y administrativos superiores; en las mujeres esta cifra es mayor, hay 159 por cada mil. Pero estas ventajas no les aseguran a las mujeres una mayor percepción, pues de acuerdo con un análisis del Inmujeres, ellas reciben en promedio 15 pesos por hora trabajada, frente a 16 pesos que perciben los varones. Esta desigualdad se reproduce por la posición que ocupan en el trabajo, pues los puestos de mayor jerarquía son ocupados comúnmente por varones. Además el porcentaje de la población femenina que realiza alguna actividad productiva y no percibe ingresos es de 12 por ciento, contra 6 por ciento de varones.

En general, se ha observado que las mujeres no sólo perciben menores ingresos, sino que tienen menos oportunidades de empleo, como lo demuestra la Tasa de Desempleo Abierto publicada por el INEGI, la cual se ubica en 3.72 por ciento, 3.31 por ciento y 3.34 por ciento para los varones durante los primeros tres meses del año, mientras que para la población femenina ese indicador fue de 4.57 por ciento, 4.68 por ciento y 4.50 por ciento para el mismo período (INEGI, 2009).

Como se puede apreciar, en México, las mujeres trabajadoras tienen un nivel educativo más alto que los hombres ocupados, pero la falta de acceso a las mismas oportunidades de empleo que los hombres es el principal factor de la diferencia salarial, dejando en desventaja a las mujeres. Así, mientras que 28% de las mujeres que laboran tiene estudios de educación media superior y superior, estos grados son cubiertos por 26% de los hombres trabajadores. Lo mismo ocurre con el nivel educativo inmediato inferior, pues 34% de las mujeres que laboran tiene la secundaria completa, contra 31% de los hombres que trabajan, de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo realizada por

el INEGI. En contraste, el grueso de las mujeres trabajadoras (24%) recibe ingresos que van de mil 500 y hasta 3 mil pesos al mes, o de 1 a 2 salarios mínimos; en tanto el mismo ingreso es recibido por un menor porcentaje de hombres ocupados (22%), en tanto otro grupo (22%) gana entre 3 mil y 4 mil 500 pesos mensuales. Desafortunadamente, la desigualdad no se limita al ingreso sino también a la calidad del empleo, pues en tanto 3 de cada 10 mexicanos trabajan en la informalidad, según el INEGI, en el caso de las mujeres, esta proporción aumenta a 4 de cada 10.

De esta manera, se considera que los principales motivos que impiden el desarrollo de las mujeres son: en primer lugar la "falta de oportunidades", seguida por la presencia de "obligaciones familiares" y en tercer lugar la "sola condición de mujer".

Dado lo anterior, es posible ver que la posición social de la mujer ha experimentado una serie de profundos cambios, en los cuales se distinguen dos fases principales. La primera se caracteriza por la admisión de las mujeres a una creciente variedad de ocupaciones que anteriormente se habían considerado exclusivamente masculinas. En la segunda fase se observa el esfuerzo realizado por un creciente número de mujeres para repartir adecuadamente su tiempo y su atención entre la familia y un empleo remunerado. Así, las mujeres empezaron por hacer valer sus derechos de trabajar junto a los hombres. Sin embargo, ahora se ven en la necesidad de demostrar que pueden desempeñar por lo menos dos roles: madre y trabajadora. Y además luchar por la igualdad de oportunidades en lo profesional, un reparto más equitativo del trabajo doméstico y un espacio para ellas (Myrdal y Klein, 1973).

No debemos perder de vista que hoy en día, como en épocas anteriores, hay muchos casos en los que la mujer se ve en la necesidad de trabajar principalmente para solventar o para contribuir al gasto familiar; pero además han surgido otros aspectos no menos relevantes que han propiciado la incorporación de las mujeres al área laboral, uno de ellos es la satisfacción profesional y

personal, aspecto también muy importante y que no se debe dejar a un lado pues la autonomía y el bienestar que le pueden generar, indudablemente, valen la pena.

2.4 Consecuencias Psicológicas para la Mujer que labora Doble Jornada

Es un hecho que la doble jornada, es decir, la acumulación de roles familiares y laborales es una fuente de estrés, ansiedad y depresión, por la sobrecarga de trabajo que esto implica. No obstante, también tiene efectos positivos sobre el bienestar psicológico y la satisfacción de las mujeres por el enriquecimiento que supone realizar tareas diferentes, así como por la seguridad e independencia que les puede proporcionar el hecho de obtener un ingreso económico. Desgraciadamente, ellas tienden más a enfocarse en el aspecto negativo y en ocasiones, ni siquiera son capaces de notar que también existe un lado positivo. Lo importante, entonces, es contribuir para que se haga conciencia de que no todo es malo; estableciendo una adecuada compatibilidad de la vida privada y pública, exaltando los beneficios que esto conlleva y evitando la excesiva autoexigencia. Esto puede proporcionar una perspectiva más positiva acerca de la doble jornada, y de esta manera el objetivo es lograr algún grado de bienestar, minimizando, a su vez, las consecuencias negativas antes mencionadas, las cuales pueden afectar seriamente su salud y su desempeño.

Lo anterior resulta ser algo complejo pues la división sexista del trabajo no ha desaparecido. En el ámbito de lo privado se sigue discriminando a la mujer y se sigue manteniendo un sistema tradicional en cuanto a la división del trabajo, por lo que ha habido pocos cambios en él; además el acceso de la mujer a ocupar puestos con una adecuada remuneración económica, así como cargos de mayor jerarquía y que implican mayor responsabilidad poco han avanzado. Pues aunque en teoría, cualquier mujer puede ser directora de un periódico, jefa de un hospital, rectora de una universidad, etc.; ya que, formalmente hablando los puestos de trabajo con cargos de responsabilidad se encuentran a disposición de ambos géneros; en la práctica es otra cosa, porque la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres no existe en realidad. A las mujeres les cuesta el doble de esfuerzo alcanzar una posición destacada, porque le imponen obstáculos de todo tipo. Esto no favorece en mucho a mirar de manera positiva la doble jornada,

pero hay que considerar que el cambio está en proceso y los logros por pequeños que sean contribuyen al fortalecimiento de la equidad de género. De ahí la importancia de que cada mujer se identifique como agente de cambio y actúe en consecuencia (Camps, 2003).

Además es importante considerar que la mayoría de las mujeres que realizan trabajo extradoméstico no han querido renunciar a sus obligaciones de amas de casa. No sólo porque si no lo hacen ellas, no lo hará nadie; sino porque consideran a las tareas del hogar como tareas valiosas. Muchas, creen firmemente que ocuparse de los hijos no es una obligación despreciable, así como tampoco lo es el administrar la economía familiar. Por eso, queda descartada en muchos casos la idea de abandonar por completo la vida privada. Además, repercuten en ellas las ideas de los padres que, en su papel de abuelos, cuestionan que la hija no se dedique al cuidado de sus nietos todo el tiempo, que los deje en una guardería o al cuidado de otra persona, contribuyendo a la presión y al sentimiento de culpa que esto le genera. Pero por otra parte, la inserción de la mujer al ámbito laboral es un logro que reconocen y al que no desean renunciar, dado que las satisfacciones obtenidas por medio de él, valen el esfuerzo que implica (Camps, 2003 y Morales, 2004).

Entonces, el conflicto de la doble jornada sigue, generándole frecuentemente trastornos físicos y psíquicos importantes como el estrés, que a su vez, puede ocasionar síntomas como: fatiga, dolores en el cuerpo, trastornos de alimentación y de sueño, dificultad para concentrarse, sensación de agotamiento, tristeza, estado permanente de aceleración, ansiedad, y desvalorización, entre otros.

La estrategia para combatir este conflicto, radica principalmente en compartir responsabilidades y alejarse de los modelos establecidos, que resultan muy exigentes. Ya que por pretender cumplir con todas sus funciones tradicionales, agregándole ahora el trabajo extradoméstico; la mujer sufre tres veces más estrés que el varón (Alles, 2005).

Un aspecto que hay que considerar para combatir ese estrés es en función de la vida privada, pues se ha encontrado que la igualdad y responsabilidad compartida

con el cónyuge se concreta en seis áreas, las cuales sirven como indicadores de la satisfacción obtenida en cuanto a la relación familia-trabajo. Estas áreas son: el compartir las tareas domésticas, la implicación activa y compartida de la crianza, la toma de decisiones de manera conjunta, el acceso e influencia igualitaria de la mujer en las finanzas, la valoración de las metas vitales y laborales de ambos cónyuges y compartir los aspectos emocionales de su relación de pareja.

Por otra parte, también se han identificado tres posibles áreas del conflicto familia-trabajo: El *conflicto temporal*, que se da cuando el tiempo que se dedica a un rol hace difícil participar en el otro o cuando las presiones de tiempo en un rol hacen que sea físicamente imposible responder a las demandas del otro rol. El *conflicto debido a la tensión* que se experimenta cuando los síntomas de presión en un rol - insatisfacción ansiedad, fatiga- interfieren con las tareas que requiere el otro ámbito. El *conflicto de conductas* que se produce cuando los comportamientos que son necesarios en un rol son incompatibles con las conductas requeridas en el otro rol y la persona no es capaz de ajustar su conducta al pasar de un terreno al otro -patrones de conducta como agresividad en el trabajo resultan incompatibles con los patrones de ternura que son requeridos en el hogar (Carrasco y García-Mina, 2005).

Ante dichos conflictos, es indispensable mencionar las posibles estrategias que se pueden llevar a cabo para conciliar de alguna manera el conflicto familia-trabajo. Estas medidas pueden dividirse en estrategias organizacionales y estrategias personales (Carrasco y García-Mina, 2005).

Organizacionales:

- Flexibilizar la jornada de trabajo, creando jornadas de tiempo parcial o modificando el lugar de trabajo, es decir, permitiéndoles trabajar desde casa.
- Prestar ayuda a las familias con personas dependientes (niños, adultos mayores, discapacitados, etcétera).
- No entorpecer la solicitud de permisos o ausencias justificadas y relacionadas con las demandas familiares.

- Promover el aumento de servicios generales de apoyo a la familia como son: guarderías cercanas a los centros de trabajo, ayudas económicas, etc.

Personales:

- Buscar apoyo social tanto de carácter formal (instituciones o empresa) como de carácter informal (familiares, personas próximas o allegadas).
- Definir los roles personales, delegando algunas responsabilidades, pero sin crearse altas expectativas de cooperación por parte de la pareja y de los hijos.
- Flexibilidad, es decir, reducir la importancia psicológica de los roles sociales así como la autoexigencia de un cumplimiento estricto de éstos, por ejemplo desmitificando el rol de la madre trabajadora perfecta.

En cuanto a los costos que generaría el echar a andar las estrategias organizacionales, se debe reconocer que serían elevados pero bien valen la pena, dado que permitirían reducir el ausentismo y el abandono laboral por una parte, y por otra, ayudarían para incrementar la eficacia y la implicación de las empleadas con la organización.

Otras ventajas se dan de manera automática ya que las personas que cuentan con horarios flexibles viven de una forma más armónica y serena su vida familiar y profesional, esto conlleva que las empresas también se vean beneficiadas al contar con personas más motivadas e interesadas en realizar bien su trabajo.

En cuanto al desarrollo personal, comparadas con un grupo de amas de casa en exclusiva, se ha descubierto que las mujeres con un trabajo remunerado presentan mejores niveles de salud psicológica y de salud física (menos síntomas somáticos crónicos). Cabe mencionar que el conjunto de factores positivos personales y de su entorno, tales como: su situación laboral, su nivel educativo y su relación con la pareja contribuyen a mantener un balance que al parecer las protege frente a factores estresantes.

También se ha encontrado que lo que influye en el malestar psicológico de las mujeres en relación a las demandas de trabajo no es en cuanto al número de horas dedicadas al mismo, sino las condiciones negativas de mayor presión de

tiempo, interrupciones, rutina y baja autonomía en la realización del trabajo (Carrasco y García-Mina, 2005).

Como se mencionó con anterioridad, el hecho de desempeñar múltiples roles no necesariamente tiene que generar efectos negativos, por el contrario puede llegar a tener importantes efectos positivos para la persona. Puede experimentar mayor energía, disponer de más recursos, tener más autonomía y poder en relación con la familia; aumentar su autoestima como producto de sentirse capaz en varios ámbitos y cuenta con más fuentes de feedback positivo. Además la oportunidad de desempeñar diferentes roles permite que si en un área la persona se siente insatisfecha o llega a experimentar malestar, las experiencias positivas consecuencia del buen desempeño del otro rol lo compensan. Pero hay que aclarar que la forma en que la mujer percibe su desempeño depende de un complejo entramado de circunstancias. Por eso, dependiendo de las expectativas y metas laborales, de la flexibilidad del trabajo realizado, entre otras, el desempeño de un trabajo remunerado puede ser vivido como algo negativo o gratificante.

Para las mujeres es beneficioso el desempeño de un trabajo remunerado y para los varones la implicación en los roles familiares también lo es. Diversas investigaciones han revelado que no existen diferencias “significativas” en indicadores de salud mental entre mujeres que trabajan y mujeres amas de casa en exclusiva y que, en caso de que las hubiera, van en la dirección de menor depresión en las mujeres que cuentan con un trabajo remunerado, lo cual indica que, contrariamente a lo que comúnmente se piensa, tener un trabajo extradoméstico resulta benéfico, incluso saludable, en la mayoría de los casos (Carrasco y García-Mina, 2005).

Pero esto muchas mujeres no lo saben, por eso resulta necesario proporcionarles información que coadyuve a ver la doble jornada desde una perspectiva más optimista.

CAPÍTULO 3

TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

*El efecto enfermizo de los pensamientos aparece
cuando olvidamos que son una función de
nuestra conciencia,
una habilidad que los seres humanos tenemos.
Somos el producto de nuestros propios
pensamientos.*

Richard Carlson

Los primeros modelos cognitivos están sustentados en el racionalismo. Esta doctrina filosófica tiene amplias raíces históricas que comienzan con Pitágoras, Platón y Aristóteles, quienes defendieron la *supremacía racional*, la cual establece que la razón controla y regula la acción voluntaria y el sentimiento. De ahí que la Terapia Cognitiva comenzó desarrollando la máxima cartesiana *pienso, luego existo*. Proporcionándole un papel relevante al pensamiento sobre la acción, dado que desde esta perspectiva se considera que las conductas tienen origen en la forma de pensar del individuo (Caro, 2003).

El ser humano desde que nace hasta que muere, emite públicamente conductas observables, pero estas son las menos, en comparación con las respuestas privadas que están presentes constantemente en su vida, desde los monólogos que se mantienen al tomar una ducha, hasta las remembranzas de los ancianos. Es por esto que para las Terapias Cognitivas, las cogniciones son consideradas como el elemento esencial del trabajo terapéutico (Martorell, 1996).

Entre las principales Técnicas de la Terapia Cognitiva se encuentran las Técnicas de Reestructuración Cognitiva. Una de ellas es La Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión, en la cual el terapeuta debe ser capaz de utilizar adecuadamente el descubrimiento guiado para explorar problemas y lograr que el paciente alcance sus propias conclusiones, contribuir a que el paciente incorpore nuevas perspectivas, compruebe hipótesis y experimente con nuevas conductas.

Principalmente por medio de la identificación y de los pensamientos y creencias irracionales, y la sustitución de las mismas, por unas más adaptativas, así como el cuestionamiento de los esquemas. Teniendo además como finalidad, generar un aprendizaje de la teoría y de las técnicas para que, llegado el momento, el individuo de manera independiente logre aplicarlas, sin depender del terapeuta (Caro, 2003).

Cómo se puede apreciar éste modelo resulta indudablemente adecuado para esta investigación. Por lo que a continuación se ofrece una información más completa del mismo.

3.1 Principios Teóricos

La Terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar alteraciones psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones, es decir, los “eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia, se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

De este modo, si una persona interpreta todas sus experiencias en base a sus competencias y capacidades, su pensamiento puede verse dominado por el esquema “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Por lo tanto, el principal objetivo es la identificación y modificación de las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias. El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas (Beck, 2000; Trull y Phares, 2003; Valadéz y Ávila, 2005).

Es a partir de la Terapia Cognitivo-Conductual que surge la Terapia Cognitiva de Beck, que forma parte de las técnicas de reestructuración cognitiva. Esta terapia fue formulada y desarrollada por Aarón T. Beck en colaboración con clínicos,

investigadores y pacientes. Los orígenes de su formulación se sitúan en 1956, como consecuencia de una serie de estudios que proporcionaron apoyo empírico a las formulaciones psicoanalíticas de la depresión, y que delimitaron la configuración de éste trastorno, de forma que se pudiese desarrollar una forma breve de psicoterapia.

Beck, en un intento por verificar aspectos de la teoría psicoanalítica, investigó, en un principio, los pensamientos y sueños de los sujetos deprimidos, buscando los signos de una hostilidad reprimida. Pero en vez de eso, descubrió que aparecía un tema predominante, la idea de fracaso acompañada de una tendencia hacia lo negativo (Mahoney, 1997).

Por eso, el elemento fundamental del modelo cognitivo de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información.

El mecanismo responsable de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación, por lo que la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean. (Beck, 2000; Valadéz y Ávila, 2005).

A partir de esto, Beck (1983) plantea la hipótesis de que los trastornos psicológicos, en este caso la depresión, son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismas. Es decir, se supone que hay distorsiones cognoscitivas, que caracterizan a la persona deprimida. Las distorsiones cognitivas más importantes son: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, la magnificación o minimización, la personalización y el pensamiento absolutista y dicotómico (en el siguiente apartado se proporciona una información más completa de ellas). A partir de esto Beck piensa que las personas se sienten deprimidas porque se han evaluado a sí mismas como inadecuadas y de modo sistemático interpretan equivocadamente los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de sí mismo, por lo que la persona deprimida debe reconocer los

pensamientos y las autoevaluaciones negativas y corregirlos sustituyéndolos con pensamientos más apegados a la realidad.

Existe una predisposición para la depresión que consiste en elementos de vulnerabilidad cognitiva, preexistentes y relativamente estables. Estos elementos serían conceptos o esquemas cognitivos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, adquiridos durante la infancia, a través de experiencias personales negativas, de la identificación de personas significativas o de la percepción de actitudes negativas de los otros. Estos elementos de contenido negativo constituyen la "diátesis" (predisposición) cognitiva en la teoría de Beck sobre la depresión. Sin embargo, la existencia de éste tipo de esquemas negativos, no es suficiente para que aparezca la depresión, sino que es necesario que se activen al interactuar con experiencia negativas de la vida, análogas a las inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas (Beck, 2000).

El modelo de diátesis-estrés sobre la depresión postula: Cuando las personas que manifiestan diátesis cognitiva, se enfrentan con estímulos estresantes, equivalentes a los que originó el esquema, tienen más probabilidades de experimentar una reacción depresiva, que aquellas que no manifiestan ésta predisposición. Cuando la depresión es leve, el individuo puede contrarrestar la influencia de los esquemas negativos activados, mediante la activación de esquemas positivos. Sin embargo, si la depresión es más grave, los errores en el procesamiento son mayores, con el consiguiente aumento del número de distorsiones cognitivas, lo que dificulta la activación de esquemas positivos adecuados.

Aún con este inconveniente, es posible la intervención terapéutica en coordinación con el médico psiquiatra, pues se ha comprobado que en los casos de depresión mayor (de origen biológico), el tratamiento psiquiátrico en combinación con el psicológico, aumentan las posibilidades de éxito.

3.2 Conceptos básicos

El concepto básico de este enfoque es el de *cognición*. Éste es un término relativo al pensamiento, incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etc. girando todo ello en torno al concepto de *significado*, y especialmente de cómo se construye ese significado.

El concepto de cognición proviene del latín: "*cognoscere*" que significa "conocer", y se define como la capacidad de los seres para procesar información a partir de la percepción sensorial, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos en detrimento de otros. Los procesos cognitivos pueden ser naturales o artificiales, conscientes o inconscientes (Martorell, 1996).

Beck (1983) menciona además tres conceptos fundamentales en la explicación de su modelo cognitivo:

- El primer concepto es la *tríada cognitiva negativa*, que consiste en actitudes y creencias que inducen al individuo a percibirse a si mismo, al mundo y al futuro de forma negativa. Por lo cual se considera *a si mismo* como inadecuado, incompetente y desgraciado. En relación *al mundo*, percibe las demandas del medio como excesivas y considera que la vida está desprovista de interés, alegrías y gratificaciones. *En cuanto al futuro*, tiene la convicción de que ningún aspecto negativo que observa en el presente, podrá modificarse en el futuro, lo que le genera una sensación de desesperanza. Según Beck, de éstos tres patrones cognitivos negativos se derivan los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión. Cabe mencionar que las evaluaciones negativas de si mismo se deben principalmente a las comparaciones del individuo con personas que han tenido más éxito, las autocríticas y las autoacusaciones resultantes del énfasis excesivo en los propios defectos, las evaluaciones inexactas hasta de más simple acontecimiento y una sensación de estar abrumado por responsabilidades cotidianas, hasta el punto de sentir impotencia.

En la tríada cognitiva negativa generalmente se encuentran presentes los *pensamientos automáticos*, llamados así porque surgen de manera espontánea, son muy breves, e incluso pueden no reconocerse, a menos que sean registrados deliberadamente. Estos pensamientos reflejan la valoración que el sujeto le da a la situación y conducen directamente las respuestas conductuales y emocionales del individuo. Dichas respuestas serán consideradas como desadaptadas si las valoraciones están distorsionadas o son exageradas, lo cuál puede suceder si provienen de un esquema disfuncional (Kendall y Norton-Ford, 1988).

- El segundo concepto lo constituyen los *esquemas*, estos pueden considerarse como los modelos internos que se utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando por medio de las numerosas experiencias particulares, estableciendo la forma en que determinada situación será aprendida y significada. En la génesis de los esquemas participan factores genéticos, ambientales y relacionales. Adquiriendo mayor fuerza cuanto más temprano se instale y dependiendo también del grado de idealización que tenga quien lo ha modelado para el individuo que lo adquiere. Las personas depresivas comúnmente han atravesado por experiencias de pérdidas tempranas y frecuentes, pudiendo generar esquemas de indefensión y desvalimiento. También pudo haber en su entorno figuras extremadamente exigentes, perfeccionistas o hipercríticas, que le modelaron ese tipo de actitudes. De esta manera al procesar el significado de los acontecimientos, los esquemas van conformando la realidad del individuo, que no necesariamente coincide con la realidad externa (Hornstein, 2006). En los trastornos depresivos episódicos los esquemas suelen permanecer inactivos hasta que son activados por ciertos acontecimientos, empezando a influir en el procesamiento cognitivo, propiciando los pensamientos automáticos negativos que son coherentes con las reglas del esquema. Pero en las depresiones crónicas los esquemas suelen estar presentes en forma constante, volviendo vulnerable a quien los porta. Los esquemas permiten conectar la información nueva con la antigua, recuperándola rápidamente para realizar la acción apropiada. Pero cuando los esquemas, que son generalmente desarrollados a partir de la infancia y en las etapas posteriores,

a través de experiencias personales negativas, de la identificación de personas significativas o de la percepción de actitudes negativas de los otros, estos serán traídos al presente llevando a actuar disfuncionalmente al individuo deprimido.

Los esquemas pueden ser definidos como disfuncionales porque distorsionan la realidad y provocan sufrimiento, además, tienen una doble función, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio (cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo, en uno que se experimenta como negativo); y mantienen la validez de las creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro.

- El tercer concepto son las *distorsiones cognitivas*, que son los vínculos entre los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos, es decir, consisten en los errores en el procesamiento de la información producto de los esquemas cognitivos negativos activados.

Es importante mencionar que las distorsiones cognitivas más frecuentes que menciona Beck (1983) son:

- Inferencia arbitraria: consiste en llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o, incluso, con evidencia contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en base a ese fragmento. Se enfoca el árbol sin ver el bosque.
- Generalización excesiva: extraer una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.
- Magnificación o minimización: incremento o disminución de la significación de un acontecimiento. Se tiende a sobreestimar o subestimar la importancia de un atributo personal, un acontecimiento o una posibilidad futura.

- Personalización: atribuirse a sí mismo los sucesos externos, sin base firme para realizar ésta conexión.
- Pensamiento absolutista y dicotómico: clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo. Pensamiento absolutista de todo o nada.

Estas distorsiones varían en función de los trastornos. En la depresión: Se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la positiva. Se personalizan los fracasos y errores exagerando y sobregeneralizando sus efectos.

3.3 Técnicas de Intervención

Dado que la Teoría Cognitiva para la Depresión de Beck sostiene que el pensamiento negativo es causa y no consecuencia de la depresión. Entonces, el primer paso del tratamiento es una evaluación precisa de los pensamientos negativos que están influyendo en el cliente, estos pueden estar como se mencionó anteriormente, descritas en 3 categorías:

- Los pensamientos negativos acerca de si mismo, cuyos síntomas son el descenso de la autoestima, la autoexigencia y la culpa.
- Las percepciones negativas del futuro, que se manifiestan como desesperanza y negativismo hacia lo que está por suceder.
- Las Ideas negativas respecto al mundo, presentando retracción social y pesimismo (afectando sus relaciones interpersonales).

En seguida, el terapeuta dirige al cliente a reflexionar sobre sus pensamientos cuando se producen acontecimientos penosos, aquí se instruye a los clientes para sustituir los pensamientos negativos con otros más exactos y positivos. Para esto se puede apoyar en la técnica de la doble columna (en la primera columna se escriben los pensamientos negativos y en la segunda los pensamientos corregidos – más positivos-). Con este procedimiento el terapeuta obtiene datos valiosos para la evaluación, además de servirle como indicador de los progresos del paciente en

el transcurso de la terapia. Incluso el cliente puede auto-vigilarse, llevando un registro de sus pensamientos en situaciones difíciles de controlar (Kendall y Norton-Ford, 1988; Hornstein, 2006).

El método de esta Terapia consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas y dirigidas a enseñar al paciente en primer lugar a controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; posteriormente se identifican las relaciones entre cognición, afecto y conducta; después se examina la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; en seguida se sustituyen esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y por último se aprende a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, 2000).

Para llevar a cabo lo anterior existen varias técnicas cognitivas, Valadéz y Ávila (2005) mencionan las siguientes:

- *Explicación del fundamento teórico al cliente / Empirismo colaborativo:* Consiste en una breve y sencilla explicación del modelo cognitivo que se va a aplicar. Proporcionando un marco claro y esperanzador donde el problema queda explicado y se vislumbran alternativas a futuro.
- *Identificación de pensamientos disfuncionales / Descubrimiento guiado:* Reside en la detección de tales pensamientos automáticos y se apoya en el Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales (autoobservación).
- *Identificación de errores cognitivos:* Supone enseñar al paciente a reconocer sus errores de procesamiento y sirve como puente para el cuestionamiento de sus pensamientos automáticos.
- *Comprobación de Hipótesis:* Consiste en la comprobación “empírica” de las hipótesis que el cliente tiene sobre si mismo.
- *Disputa racional:* Es el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente.

- *Diálogo Socrático*: El terapeuta interviene interrogando y poniendo en tela de juicio los pensamientos automáticos y los esquemas subyacentes.
- *Análisis de costes y beneficios*: Supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien de realizar una determinada conducta. Se distribuyen 100 puntos entre las dos columnas (ventajas/desventajas), quedando visible si es racional o no tal pensamiento o conducta.
- *Técnicas de reatribución*: Análisis detallado de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos. Para una atribución más realista de las responsabilidades. Se indica su uso cuando hay sentimientos de culpa.
- *Trabajo con imágenes*: Consiste en el uso de imágenes intensas para un trabajo de enfrentamiento. O bien para la evocación voluntaria de otras más placenteras, relajantes o positivas, para obtener un efecto positivo.
- *Búsqueda de soluciones alternativas*: En ellas se anima al cliente a inventar nuevas soluciones suspendiendo el juicio crítico.
- *Identificación de esquemas*: Consiste en la detección de los esquemas que tienen control sobre el patrón idiosincrásico. Tales esquemas se ponen en tela de juicio.
- *Técnica de rol fijo*: El cliente escribe una descripción de si mismo y luego el terapeuta lo reescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos con el fin de que al ponerlos en práctica reestructure sus viejos esquemas.
- *Biblioterapia*: Consiste en la lectura de textos de autoayuda.

CAPÍTULO 4

LINEAMIENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK EN LA DEPRESIÓN

*El pesimista se queja del
viento,
el optimista espera que
cambie,
el realista ajusta las
velas.*

William Arthur Ward

La Terapia Cognitiva de Beck tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la depresión, disponiendo de una teoría, una evaluación diagnóstica y un procedimiento terapéutico. No obstante, ha demostrado documentalmente ser también un tratamiento eficaz en una amplia variedad de trastornos clínicos (Mahoney, 1997; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

La estrategia fundamental de este modelo consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y, en su caso, de las distorsiones cognitivas asociadas. Para ello, se instruye al paciente en la observación del vínculo entre pensamientos y emociones y en la clarificación de los propios pensamientos relativos a la emoción (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Farré y Fullana, 2005).

Nada mejor que esta opción de tratamiento en el caso de las mujeres deprimidas que trabajan doble jornada, ya que la mayoría de ellas debido a que no les es posible cumplir al cien por ciento las demandas socio-culturales, tienden a percibirse de manera negativa, y llegan a sentirse agobiadas, incompetentes, y en algunos casos hasta culpables por considerar que no están desempeñando de manera eficiente todos los roles que le han sido asignados, sin considerar la sobrecarga de trabajo que esto implica y minimizando los aspectos positivos que también existen, pero que tal vez no han sido descubiertos, o no han sido

suficientemente valorados y admitidos como posible fuente de satisfacción personal.

De ahí la importancia de considerar la Terapia Cognitiva de Beck como alternativa de tratamiento clínico en los casos de mujeres que trabajan doble jornada y que padecen desde una depresión ligera, hasta una depresión mayor, dado que es una de las opciones que mejor se ajusta a sus necesidades, y las posibilidades de éxito son muy altas. Pero para lograrlo, hay que seguir los lineamientos que establece la teoría.

4.1 Características de la Terapia Cognitiva

Objetivo: Martorell (1996) y Hornstein (2006) afirman que el *objetivo* de las terapias cognitivas es el *cambio de las cogniciones* (pensamientos, ideas, imágenes, etc.) o estructuras cognitivas (creencias, atribuciones, expectativas, significados, etc.) que impiden o limitan el correcto funcionamiento psicológico de la persona.

Características principales de la Terapia Cognitiva (TC): Para Martorell (1996) las principales características de la metodología terapéutica de la TC son:

- Es directiva - el terapeuta adopta un papel directivo; controlando y dirigiendo (hasta cierto punto) el curso de la terapia.
- Es activa –son terapias con procedimientos activos, por lo que requieren de la disposición y participación activa tanto del usuario como del terapeuta.
- Es estructurada –se siguen pautas altamente estructuradas, dado que es una intervención de tiempo limitado se debe tener una estructura clara del procedimiento.
- Es de tiempo limitado –tienden a ser de corta duración.
- Aborda principalmente el “aquí y ahora” – aunque en ocasiones se revisan situaciones del pasado, no se detiene demasiado en ellas, prefiriendo concentrarse en la situación presente.

Foco: en la Terapia Cognitiva el *foco* de atención está en la conexión que existe entre los patrones o estilos de pensamiento, las emociones y el comportamiento (Trull y Phares, 2003).

Por lo anterior es importante retomar de Martorell (1996) tres puntos básicos que se deben considerar en las terapias cognitivas:

- 1º La actividad cognitiva afecta la conducta.
- 2º La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada.
- 3º El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Tomando en consideración los tres puntos anteriores, es posible comprender entonces, el porque la Terapia Cognitiva de Beck se basa en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones. Así, este tipo de terapia trata de modificar los sentimientos y la conducta del cliente al modificar sus pensamientos. Esto lleva a reconocer la importancia de que el terapeuta ayude al paciente a modificar sus *errores cognitivos* y sus *hipótesis disfuncionales*.

4.2 Elementos de la Terapia Cognitiva de Beck

Un punto fundamental en esta terapia es la identificación de los pensamientos automáticos, pues según Beck, estos pensamientos se experimentan como un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo y se graban como válidos. Por eso, el hecho de someter a estas cogniciones a una prueba de realidad, es un elemento central de la terapia cognitiva.

La relación terapéutica: este vínculo se considera como una *colaboración* ya que es necesaria la participación activa tanto del terapeuta como del paciente para identificar problemas y obtener datos para poner a prueba la lógica y la racionalidad de los pensamientos y creencias del cliente.

Función del terapeuta: El papel que juega el terapeuta en este tipo de intervención es principalmente de *instructor* y *facilitador* de un contexto seguro donde

experimentar nuevas alternativas. Se considera que debe ser un colaborador activo, que brinda apoyo al paciente por medio de la psicoeducación, la autovigilancia, el descubrimiento guiado, el cuestionamiento socrático, la comprobación de hipótesis, la representación de papeles y experimentos conductuales. Todo esto con el fin de facilitar al paciente a abordar y cambiar las formas desadaptativas de pensamiento que conducen y mantiene a la depresión.

Estructura de una sesión típica: En primer lugar se verifican los síntomas de estado de ánimo, se establece una agenda para la sesión, se resume la sesión anterior, se revisan las tareas hechas en casa, se discuten los puntos de la agenda, se asigna nueva tarea, y por último, terapeuta y paciente resumen y evalúan la sesión actual.

Duración de la TC de Beck: Según Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003), la *duración* suele ser de 15 a 25 sesiones aproximadamente, de una hora cada una, una vez por semana. Dichas sesiones incluyen la continuación y terminación, además de las 12 consultas básicas. Trull y Phares (2003) por su parte, consideran que de 14 a 16 sesiones son suficientes, porque en la práctica, han encontrado que muchos pacientes muestran una remisión de los síntomas en las primeras 8 a 12 sesiones. Cabe mencionar que estos tiempos son una base, pero hay que recordar que cada individuo es único y diferente por lo que el número de sesiones puede variar, aunque sin salirse mucho de los estándares antes descritos.

Fases del tratamiento: Es importante determinar fases en la TC para tener un cierto control del tiempo de tratamiento. Para ello, con el fin de identificar en la práctica, la visión negativa acerca de si mismo; del mundo y del futuro, que se manifiesta en lo que Beck llamó la tríada cognitiva Martorell (1996), propone las siguientes fases:

- *Fase inicial:* Evaluación, consiste en explicar al paciente lo que sucede (lo que dice la teoría acerca de la depresión en este caso) y los pasos que se van a seguir en la terapia.

- *Fase media:* Utilización de técnicas de identificación y modificación de los pensamientos automáticos y del sistema de creencias que dieron origen y mantienen la depresión.
- *Fase final:* Prevención de recaídas, radica en verificar la comprensión por parte del usuario acerca de lo que ha sucedido en la terapia; así como el compromiso de mutuo acuerdo sobre el seguimiento.

4.3 Procedimiento

Con el fin de especificar más detalladamente el procedimiento, las fases anteriores se pueden dividir a su vez en cinco etapas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003):

1) En las dos primeras sesiones, se enseña al paciente a identificar los pensamientos automáticos disfuncionales (relativos a la tríada cognitiva). Mediante la técnica de registro diario, en él se anotan las situaciones, emociones, pensamientos automáticos y respuestas con el fin de analizar (en sesiones posteriores) la relación entre ellas. Se incluye la asignación de tareas para casa, entre ellas la planificación del tiempo y la programación de actividades. Si fuera necesario, también se fijan los objetivos prioritarios (jerárquicamente).

2) Ocupa las sesiones 3 y 4, en ellas se analiza la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. Teniendo como principio básico que los pensamientos determinan la forma de sentir y de actuar del individuo.

3) Consta de las sesiones 6 y 7, en las cuales se evalúa la racionalidad de los pensamientos automáticos. El propósito es enseñar al paciente a pensar como un científico, que ve sus pensamientos y conclusiones como hipótesis que deben ser examinadas empíricamente, llevando a cabo las comprobaciones necesarias, incluso llegando a realizar microexperimentos. Para ello se proponen interpretaciones alternativas, distintas a las que tiende el depresivo. También se incluye la confrontación de pensamientos de eventos negativos, asumiendo la condición negativa de ciertos eventos (por ejemplo: la pérdida de algo valioso).

4) Entre las sesiones 7 y 8 aproximadamente, se sustituyen los pensamientos automáticos disfuncionales por interpretaciones más adaptativas. Se utiliza el registro de las primeras sesiones, incluyendo ahora, propuestas de respuestas razonables ante la situación-emoción-pensamientos automáticos depresivos.

5) De las sesiones 8 a 12, se identifican y cambian las estructuras básicas disfuncionales. Se lleva a cabo alterando los esquemas o creencias subyacentes, que es lo que predispone el pensamiento depresivo. Se trata de poner estos esquemas de manifiesto, mediante una insistente indagación, realizando preguntas sucesivas de por qué a cada respuesta, y otras veces al modo socrático, hasta llegar a descubrir la estructura de la creencia (por ejemplo: “si cometo un error, soy inepto” o “no puedo vivir sin ti”).

Cabe mencionar la importancia de la generalización, basándose en el registro diario de pensamientos disfuncionales, en el cual se anotan los diferentes aspectos tratados en terapia, y se amplía su aplicación de manera progresiva, de la consulta a casa y posteriormente a la vida cotidiana.

Además, para que el paciente reconsidere los pensamientos automáticos y adopte nuevas perspectivas de la realidad, es necesario llevar a cabo los siguientes cuatro pasos (Farré y Fullana, 2005):

- Considerar las valoraciones cognitivo-emocionales como hipótesis que pueden, y deben, someterse a comprobación. Esto con el objetivo de que el usuario aprenda a establecer distinciones entre lo que se piensa y la realidad.
- Evaluar las evidencias disponibles sobre el pensamiento-creencia, mediante la definición-clarificación de la creencia, para ello se puede recurrir al cuestionamiento y el registro para la identificación de pensamientos, entre otros. Además del sometimiento a pruebas de realidad (esto mediante experimentos conductuales).
- Generar explicaciones alternativas que permitan, de manera progresiva, la sustitución de los pensamientos desadaptativos por otros más funcionales y realistas, que en definitiva serían la base para la modificación de la acción.

- Crear esquemas más adaptativos. Identificando y cuestionando los supuestos básicos disfuncionales, e instando al paciente para que pruebe su validez. Para lograrlo, el terapeuta guía al paciente en la exploración, ayudándole a analizar los supuestos a partir de las cogniciones desadaptativas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas.

Este proceso va de lo particular a lo general:

- Primero se lleva a cabo la identificación de los pensamientos automáticos.
- Después se procede a encontrar los contenidos generales de dichos pensamientos.
- Por último se realiza el análisis de los esquemas que el paciente tiene sobre su vida.

Al llegar a este punto se generan los nuevos esquemas mediante procedimientos como la generación de supuestos alternativos, pruebas de realidad, asignación gradual de tareas, etc.

Limitaciones de la TC de Beck: Aunque la Terapia Cognitiva para la Depresión de Beck ha demostrado ser muy eficaz, también es cierto que en casos severos de Depresión mayor algunos pacientes no responden adecuadamente a este tipo de intervención, por lo que es necesario complementarla con un tratamiento psiquiátrico, ya que empíricamente se ha comprobado que en los casos de Depresión de origen biológico, se obtienen óptimos resultados complementando el tratamiento psiquiátrico con la psicoterapia (Mahoney, 1997).

Como se puede apreciar la Terapia Cognitiva de Beck, resulta ser una alternativa ideal para el tratamiento de la depresión en las mujeres que trabajan doble jornada, ya que se enfoca principalmente a generar un cambio de creencias, por medio de la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y, en su caso, de las distorsiones cognitivas asociadas, por medio del análisis de la conexión entre pensamientos, emociones y conductas; de la evaluación de las evidencias; y de la creación de esquemas más adaptativos para

sustituir los sentimientos negativos de culpa, incapacidad, angustia, estrés y depresión. Contribuyendo a ampliar el panorama acerca de lo que implica la doble jornada, para mostrar que puede ser contemplada no sólo como una pesada carga, sino como fuente de satisfacción económica, como oportunidad de independencia, pero sobre todo, como un medio de crecimiento y realización personal.

CONCLUSIONES

En México, la crisis económica, el desempleo, la sobrepoblación y el tráfico excesivo son sólo algunos de los problemas con los que se tiene que lidiar día a día, en consecuencia, los índices de depresión siguen en aumento, confirmando la aseveración de Kramlinger (2001) en cuanto a que en nuestro país, dos de cada diez personas en edad productiva - 18 a 65 años - la padecen y, a nivel mundial no se quedan atrás pues se ha previsto que en algún momento de la vida, uno de cada cuatro individuos sufrirá de depresión.

Es por esto que en este trabajo se considera la importancia de conocer un poco más acerca de este trastorno, mostrando los principales síntomas, con el fin de promover su detección temprana y un tratamiento adecuado; y también, dado que puede ser multifactorial, se reconoce la importancia de la identificación de las causas y se proporciona información de los factores de riesgo para llevar a cabo en la medida de lo posible medidas preventivas.

La Depresión no distingue raza, edad, sexo ni posición social; pero según las cifras proporcionadas por Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí (2003), los índices de prevalencia obtenidos por el Programa de Acción Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA) revelan que este trastorno es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Y que una de cada cinco mujeres sufre una depresión mayor en su vida, esta proporción disminuye a uno de cada diez en el caso de los hombres.

La hipótesis que surge en este trabajo para intentar explicar esas diferencias, es la doble jornada que tiene que desempeñar la mujer, es decir, cumplir con el trabajo doméstico, pero además, desempeñar un trabajo remunerado, dado que la situación económica así lo requiere, ya que en nuestro país, es imposible pensar que el crecimiento económico necesario para sustentar el crecimiento de la población en este siglo se dará sólo gracias a la población masculina, que representa menos de la mitad de la población total del país. Por lo que la mujer se ve en la necesidad de desempeñar un papel mucho más activo para contribuir en la vida económica de México.

Esto no resultaría problemático, si hubiera un adecuado apoyo por parte de los miembros de la familia en cuanto a los quehaceres domésticos, pero aunque la distribución de las tareas domésticas va mejorando, esa distribución, todavía es injusta e inaceptable y va a un ritmo muy lento.

Socialmente, ese apoyo también resulta insuficiente, pues aunque México es un país en el que más de la mitad de la población actual son mujeres, es claro que en lo que respecta a las oportunidades de acceso a la educación todavía tiene desventaja en comparación con los hombres, sobre todo en el nivel licenciatura. Y en lo que respecta al empleo, sólo 29.7% de la fuerza de trabajo está constituida por mujeres, contra 51% en términos de población, lo cual indica que todavía es baja y los mayores sueldos a los que las mujeres pueden aspirar son cinco salarios mínimos.

Aunque es cierto que el acceso que tienen las jóvenes de hoy a la formación académica y a la vida profesional, influye en que puedan tener una relación de pareja más igualitaria y equitativa en el reparto del trabajo doméstico. Y dado que con un solo sueldo es imposible sobrevivir, la cooperación en el salario hace incuestionable la cooperación en otras obligaciones. Aún así, la diferencia biológica de la mujer y una gran cantidad de costumbres que a ella misma le pasan desapercibidas, hacen que pervivan y se mantengan las desigualdades.

Todo esto repercute en la salud tanto física como psicológica de las mujeres, pues al haber mayor carga de responsabilidades, se genera más estrés, ansiedad y por supuesto depresión.

Por eso, es urgente que lo que fueron mundos separados y divididos por la división del sexo y del trabajo, han de mezclarse: lo privado y lo público, la naturaleza y la cultura, la sensibilidad y la razón, el cuidado y la justicia. Mezclarse, más no ir de un extremo al otro, ni seguir identificando cada extremo con un solo género. Pues la identidad moral humana no estará completa si lo que fue exclusivo del mundo de las mujeres es rechazado por parecer intrascendente o si sigue siendo considerado como simplemente “cosas de mujeres” (Camps, 2003).

Algunos de los cambios que se han generado a partir de la inserción de la mujer al mercado de trabajo resultan evidentes, por ejemplo, el hecho de que el mercado laboral es mucho más competitivo desde que el casi 50% de la población, que antes no competía por un puesto de trabajo ahora lo hace. El incremento de Instituciones sociales que permiten la descarga de algunas obligaciones poco reconocidas como el cuidado de los hijos, de los ancianos y de los enfermos. Los modelos de familia también están transformándose por la negativa de las mujeres a seguir cargando con todo el peso del trabajo familiar: menos hijos, más divorcios, familias monoparentales, y trabajo más compartido. Esos cambios, a su vez, han generado una serie de transformaciones graduales en los papeles familiares del padre, de la madre, de los hijos, de los abuelos, y de los parientes cercanos lo cuál deriva en una configuración diferente a nivel social.

Este necesario proceso de evolución ha sido lento, y complejo para muchas mujeres, pero ha abierto el camino para que las siguientes generaciones no tengan que enfrentar el mismo nivel de resistencia social y cultural.

Todo indica que al feminismo ya no lo para nadie. La presencia de la mujer en puestos de responsabilidad es lenta y difícil; pero, es un hecho. También lo es su presencia en casi todas las profesiones. Lo que indudablemente hace falta es una mayor cantidad de mujeres dedicadas a resolver los problemas de las mujeres.

Por lo que en un afán de ocuparse, más que de preocuparse es que se propone la "Terapia Cognitiva de Beck" para la depresión, como el método de intervención más adecuado. Dado que esta teoría sugiere que la depresión resulta de una serie automática de distorsiones cognitivas. Distorsiones que muy probablemente vienen desde la infancia como consecuencia de las ideas estereotipadas y del trato diferencial entre hombres y mujeres. Una vez instalada la depresión, los sentimientos y acciones se reforzarán mutuamente en un círculo vicioso que se perpetuará en tanto la respuesta conductual confirme y amplíe negativamente esas cogniciones distorsionadas. La emoción negativa se siente como si fuese real y da credibilidad al pensamiento distorsionado que la creó.

Tal vez esto sea porque las creencias de que, la mujer debe cumplir con varios roles simultáneamente y bien, han sido profundamente introyectadas. Pero a fin de cuentas, esas creencias, aún las más arraigadas, son susceptibles de ser desaprendidas y sustituidas por otras más adaptativas y funcionales. Para ello, como se mencionó en el capítulo 3, hay diversas técnicas de intervención que propone Beck, como: el empirismo colaborativo; el descubrimiento guiado; la identificación de errores cognitivos; la comprobación de hipótesis; la disputa racional; el diálogo socrático; el análisis de costes y beneficios; las técnicas de retribución; el trabajo con imágenes; la búsqueda de soluciones alternativas; la identificación de esquemas; la técnica de rol fijo y la biblioterapia. Todo depende de la disposición de la persona para llevar a cabo un trabajo terapéutico basado en la teoría aquí propuesta o en alguna otra, el caso es que sea tratada a tiempo, de manera profesional.

Finalmente, este trabajo revela que, efectivamente existe un vínculo entre la doble jornada que desempeñan las mujeres y la enfermedad de la depresión. Pues las expectativas que hay en la mujer actual son muy altas, y la autoexigencia aumenta, llevándola a padecer altos niveles de estrés y ansiedad que pueden ser factores que predispongan para padecer ese trastorno.

Es indudable que resulta muy pesado llevar a cabo todas las actividades que se espera que desempeñen las mujeres en la actualidad para cumplir con las expectativas, sobre todo cuando hay hijos pequeños; o cuando se trata de madres solteras, viudas o divorciadas.

Hay que cuestionarse, pues aunque si bien es cierto, se han obtenido logros para las mujeres ¿qué tanto, esos mismos logros se revierten para complicarles la existencia?

Por eso, es muy importante que, como medida preventiva contra la depresión, las mujeres no se saturen de responsabilidades, que deleguen en la medida de lo posible algunas tareas y que se reconozcan como agentes de cambio, tomando en cuenta que un cambio en ellas, por mínimo que pudiera parecer, podría hacer la diferencia.

Y en los casos en que ya padecen la enfermedad, llevar a cabo un trabajo terapéutico que les facilite reestructurar sus creencias, cambiando los pensamientos negativos por unos más positivos. Reconociendo su esfuerzo de manera personal y valorando su labor dentro de la sociedad. Pues ese reconocimiento difícilmente vendrá del exterior, tiene que venir de ellas mismas.

A la mayoría de los hombres, puede no parecerles tan conveniente que haya un cambio en los roles, ya que debido al aprendizaje social, les resulta incómodo no ser el principal proveedor; además de que en esta sociedad predominantemente machista, todavía es mal visto que un hombre realice las labores que tradicionalmente se consideran femeninas y les es más cómodo no involucrarse en los quehaceres domésticos, dado que implican una carga de trabajo adicional. Por eso, la que tiene que luchar principalmente por esos cambios es la mujer.

En la medida que vaya cambiando su perspectiva de lo que significa la doble jornada podrán ser capaces de dejar de sobrecargarse. Más que agobiarse, pueden aprender a disfrutarla y verla como una magnífica oportunidad de crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Alles, M. (2005). *La mujer y el trabajo: 90 ideas para el autoempleo*. Buenos Aires: Granica
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Barcelona: Descleé de Brouwer
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Calderón, G. (1999). *Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México:Trillas
- Camps, V. (2003). *El Siglo de las Mujeres*. Madrid: Ediciones Cátedra / Instituto de la Mujer
- Carol, I. (2003). *Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós
- Carrasco, M. y García Mina, A. (2005). *El Ajuste Trabajo-Familia desde una Perspectiva de Género*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas
- Farré, J. y Fullana, M. (2005). *Recomendaciones Terapéuticas en Terapia Cognitivo-conductual*. Barcelona: Ars Medica
- García, B. y De Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México

González, M. (2005). *Hay menos oportunidades para las Mujeres que trabajan*. Recuperado en Red el 05 de mayo de 2009, de <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05may/05050409.html> México: Cimac Noticias, Comunicación e Información de la Mujer

Guadarrama, M. y Torres, J. (2007). *Los Significados del Trabajo Femenino en el Mundo Global: estereotipos, transacciones y rupturas*. Barcelona: Anthropos

Hornstein, L. (2006). *Las Depresiones*. Buenos Aires: Paidós

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009). *Mujeres, trabajan más y cobran menos: INEGI*. Recuperado en Red el 23 de agosto de 2009 de <http://www.correo-gto.com.mx/notas.asp?id=60557> México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). "Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitiva – conductual". En *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa

Kramlinger, K. (2001). "¿Qué tan frecuente es la depresión?" En *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. México: Intersistemas Editores

Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. y Rubí, N. (2003). "Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta". *Salud Mental*. Vol. 26 (003) México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

López, O. (2008). "Cuando las Bajas son más Altas: La depresión en personas adultas". En: *Género y Salud*. Vol. 6 (2) Recuperado en Red el 19 de junio de 2009 de www.e-mujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Genero_y_Salud_en_Cifras_Vol6_No_2 México: Secretaría de Salud

- López-Ibor, J. (2002). "Trastornos del estado de ánimo". En: *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, S.A
- Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas, Teoría, investigación y práctica*. Barcelona: Descleé de Brouwer
- Martorell, J. (1996). *Psicoterapias: Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide
- Myrdal, A. y Klein, V. (1973). *La Mujer y la Sociedad Contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad: ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. México: Gedisa
- Morales, (2004). *Cada cual en su papel*. Salamanca: Centro Cultural Tradicional
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*. Madrid: Pirámide
- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Ruíz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La Violencia contra las Mujeres: Prevención y Detección*. Madrid: Díaz de Santos
- Sabanes, F. (1993). *La Depresión*. México: Diana

Salgado, S. (1999). "Los Trastornos Afectivos de la Población Rural". En: *Salud Mental* No. Especial México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Saltzman, J. (1992). *Equidad y Género: Una Teoría Integrada de Estabilidad y Cambio*. Madrid: Ediciones Cátedra / Instituto de la Mujer

Trull, T. y Phares, E. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson

Valadéz, A. y Ávila, J. (2005). *Manual de Psicología Clínica*. México: UNAM

Vallejo, J. (2000). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona: Psiquiatría

Widart, Y. (1972). *La Depresión Nerviosa*. Bilbao: Mensajero

Yapko, M. (2006). *Para Romper los Patrones de la Depresión*. México: Pax México